

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1921

THÈSE

N°  
354

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**GABRIEL GIRAUD**

Né le 14 mars 1887 à Hostun

Chevalier de la Légion d'Honneur

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE LA  
**PARALYSIE GÉNÉRALE**  
DANS LES  
FORMES A DÉBUT RAPPROCHÉ  
DE L'ACCIDENT PRIMITIF

---

*Président : Mr. CHAUFFARD, Professeur.*

---

— PARIS —

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

Louis ARNETTE

2, RUE CASIMIR - DELAVIGNE, 2

---

1921

29  
200



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1921

THÈSE

N°

354

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**GABRIEL GIRAUD**

Né le 14 mars 1887 à Hostun

Chevalier de la Légion d'Honneur

---

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE  
DE LA  
PARALYSIE GÉNÉRALE  
DANS LES  
FORMES A DÉBUT RAPPROCHÉ  
DE L'ACCIDENT PRIMITIF



---

*Président : Mr. CHAUFFARD, Professeur.*

---

— PARIS —

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

Louis ARNETTE

2, RUE CASIMIR - DELAVIGNE, 2

—  
1921

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Le Doyen : M. ROGER*

*Assesseur : G. POUCHET*

*Professeurs : MM.*

|                                                                     |               |
|---------------------------------------------------------------------|---------------|
| Anatomie .....                                                      | NICOLAS       |
| Anatomie médico-chirurgicale .....                                  | CUNEO         |
| Physiologie .....                                                   | Ch. RICHET    |
| Physiologie médicale .....                                          | André BROCA   |
| Chimie organique et Chimie générale.....                            | DESGREZ       |
| Bactériologie .....                                                 | BESANÇON      |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....                   | BRUMPT        |
| Pathologie et Thérapeutique générales.....                          | Marcel LABBE  |
| Pathologie médicale .....                                           | RENON         |
| Pathologie chirurgicale .....                                       | LECENE        |
| Anatomie pathologique .....                                         | LETULLE       |
| Histologie .....                                                    | PRENANT       |
| Opérations et appareils.....                                        | Pierre DUVAL  |
| Pharmacologie et matière médicale.....                              | POUCHET       |
| Thérapeutique .....                                                 | CARNOT        |
| Hygiène .....                                                       | BERNARD       |
| Médecine légale .....                                               | BALTHAZARD    |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                     | MENETRIER     |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                           | ROGER         |
| Clinique médicale .....                                             | ACHARD        |
|                                                                     | WIDAL         |
|                                                                     | GILBERT       |
|                                                                     | CHAUFFARD     |
| Hygiène et clinique de la 1 <sup>re</sup> enfance.....              | MARFAN        |
| Clinique des maladies des enfants.....                              | NOBÉCOURT     |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... | DUPRE         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....                | JEANSELME     |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                       | Pierre MARIE  |
| Clinique des maladies contagieuses.....                             | TEISSIER      |
|                                                                     | DELBET        |
| Clinique chirurgicale .....                                         | GOSSET        |
|                                                                     | LEJARS        |
|                                                                     | HARTMANN      |
| Clinique ophtalmologique .....                                      | De LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                      | LEGUEU        |
| Clinique d'accouchements .....                                      | BAR           |
|                                                                     | COUVELAIRE    |
|                                                                     | BRINDEAU      |
| Clinique gynécologique .....                                        | J.-L. FAURE   |
| Clinique chirurgicale infantile.....                                | Auguste BROCA |
| Clinique thérapeutique .....                                        | VAQUEZ        |
| Clinique d'Oto-rhino-laryngologie .....                             | SEBILEAU      |

## *Agrégés en exercice : MM.*

|               |               |             |               |
|---------------|---------------|-------------|---------------|
| ABRAMI        | FIESSINGER    | LELORIER    | RIBIERRE      |
| ALGLAVE       | GARNIER       | LEMIERRE    | RICHAUD       |
| BASSET        | GOUGEROT      | LEQUEUX     | ROUSSY        |
| BAUDOUIN      | GREGOIRE      | LEREBoullet | ROUVIERE      |
| BLANCHETIERRE | GUENIOT       | LERI        | SCHWARTZ (A.) |
| BRANCA        | GUILLAIN      | LEVY-SOLAL  | TANON         |
| CAMUS         | GUILLEMINOT   | MATHIEU     | TERRIEN       |
| CHAMPY        | HEITZ-BOYER   | METZGER     | TIFFENEAU     |
| CHEVASSU      | JOYEUX        | MOCQUOT     | VILLARET      |
| CHIRAY        | LABBE (Henri) | MULON       |               |
| CLERC         | LAIGNEL       | OKINCZYC    |               |
| DEBRE         | LAVASTINE     | PHILIBERT   |               |
| DESMAREST     | LANGLOIS      | RATHERY     |               |
| DUVOIR        | LARDENNOIS    | RETTERER    |               |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

---

A MA MÈRE ET A MA FAMILLE

---

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR PACTET  
Médecin-Chef des Asiles d'Aliénés de la Seine

*En reconnaissance de ses conseils si profitables, pendant notre séjour dans son service.*

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR LWOFF  
Médecin-Chef des Asiles de la Seine

*Qui a bien voulu nous permettre l'accès de son service, où il nous a réservé le meilleur accueil.*

---

A NOTRE AMI LE DOCTEUR R. TARGOWLA

*A qui nous sommes heureux d'exprimer nos plus sincères remerciements. C'est à lui que nous devons l'idée de cette thèse et c'est sous sa direction que nous avons entrepris les examens de laboratoire, indispensables à cette étude.*

A NOTRE MAITRE MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous fait le grand honneur  
d'accepter la présidence de cette  
thèse.*



## INTRODUCTION

---

*La Paralyse générale, d'origine ou de nature syphilitique, apparaît habituellement aux approches de la quarantaine, 12 ans environ après l'accident primitif, à la suite d'une phase latente, souvent difficile à délimiter. Puis progressivement, en 2 ou 3 ans, elle évolue vers « la mort, qui vient mettre un terme à la profonde déchéance du malheureux paralytique ».*

*Cependant, depuis longtemps déjà, et surtout depuis la guerre, les auteurs qui étudient la P. G., ont l'impression que la période d'incubation devient plus courte en même temps que la maladie évolue plus rapidement et que l'âge moyen des paralytiques s'abaisse.*

*Mais, alors qu'il est paru de nombreux travaux, concernant l'âge des paralytiques et l'évolution de la maladie, on ne trouve, en France, que peu d'études d'ensemble sur la période d'incubation dans la P. G.; et spécialement le raccourcissement de cette période d'incubation, n'a fait l'objet d'aucun travail critique, ce qu'explique, d'une part, le manque de renseignements précis sur la date de l'infection primitive, et, d'autre part, la rareté des cas que les auteurs se contentent de signaler, dès qu'ils se présentent à eux.*

*A l'occasion d'un malade de M. le Dr Lwoff, malade atteint de P. G., survenue 3 ans après le chancre, notre ami, le Dr R. Targowla, interne du service, nous a donné l'idée*

d'entreprendre l'étude des P. G. à début rapproché de l'accident initial.

« Par définition, dit Fournier, la paralysie générale est un accident tardif qui ne survient jamais dans la première période de la syphilis, elle n'apparaît que vers la 5<sup>e</sup> année. » Pour Gilbert Ballet, l'intervalle le plus court qu'il ait observé, entre l'accident primitif et le début de la P. G. a été de 6 ans.

Nous étudierons ici les P. G. survenant avant ce terme, habituellement considéré comme le plus court; mais cependant, afin de grouper quelques cas limites à côté des cas anormaux, nous avons fixé à la 6<sup>e</sup> année de la syphilis, la limite de durée d'incubation des cas de P. G. prématurée. Cet intervalle de temps, nous permettra de rechercher s'il existe réellement des P. G. progressives vraies, apparaissant, dans l'âge de la syphilis, avant les délais habituels; et de conserver des cas de passage, qui ont paru indubitables à ceux qui les ont observés et qui seront utiles pour nous fournir des éléments d'analogie ou de comparaison.

Nous avons recherché et résumé les observations publiées, se rapportant à notre sujet, en les faisant suivre des remarques qu'elles comportent.

Nous les avons groupées de la façon suivante :

I. — Observations non douteuses de P. G. vraies, soit au point de vue des symptômes, comme des réactions humorales ou des lésions nécropsiques.

II. — Cas à durée d'incubation incertaine.

III. — Cas dont le diagnostic est discutable avec la syphilis cérébrale.

IV. — Cas cités, manquant de détails et n'ayant guère qu'un intérêt bibliographique et numérique.

Ensuite nous verrons dans la mesure des faits, si ces formes, à début rapproché, sont réelles, plus fréquentes qu'autrefois et si elles présentent des particularités intéressantes dans la marche de l'affection, dans son étiologie, son aspect clinique et anatomique, ses réactions humérales.

La plupart des observations publiées, l'ont été sous le nom de paralysies générales précoces ou prématurées. Ces termes prêtent à confusion dans cette étude particulière, car la précocité de la maladie peut se rapporter tout aussi bien à l'âge du malade qu'à l'âge de sa syphilis.

Aussi est-il nécessaire de distinguer :

les P. G. infantiles, qui surviennent avant 12 ans.

» » juvéniles, » » » de 12 à 20 ans.

» » précoces, » » » de 20 à 30 ans.

(REGIS.)

des P. G. prématurées, à début rapproché de l'accident primaire, qui peuvent être, d'ailleurs, elles-mêmes, infantiles, juvéniles ou précoces.

---



## PREMIÈRE PARTIE

### OBSERVATIONS

#### Groupe I.

#### Paralysies générales prématurées typiques

##### A) Observations personnelles

I. — *Asile de Villejuif : Service de M. le D<sup>r</sup> LWOFF.*

*Histoire et évolution de la maladie.*

Gr. G..., 52 ans, cimentier. Contracte la syphilis en juin 1913. Traité par le D<sup>r</sup> Tabure.

Au mois d'août 1915, il est pris dans le tramway d'obnubilation et de tremblement : il laisse tomber les objets qu'il prend. Cet état dure 2 heures environ. On le soigne à St-Louis, par des injections de 606 et il continue à travailler, jusqu'en fév. 1916. En sept. de la même année son état mental nécessite son placement à Ste-Anne. Au bout de deux mois, il est retiré par sa famille et traité pendant 3 ans dans le service du D<sup>r</sup> Balzer, par des injections d'huile grise.

Le 12 juillet 1918, il entre de nouveau à Ste-Anne avec le certificat suivant : « Péri-encéphalite diffuse avec agitation et délire qui le rend dangereux pour son entourage, et état nécessitant son placement dans une maison spéciale. »

Il est transféré à Villejuif, le 16 juillet 1918 : « P. G., affaiblissement des facultés, inconscience, embarras de la parole, gâtisme (Dagonet) ».

A son entrée. — Content de sa situation, il est gai, mange et dort bien. Il boite en marchant, par suite d'une ancienne blessure du genou.

Perte de la mémoire, — dysarthrie légère. Ne sait ni lire, ni écrire.

Réflexes pupillaires presque nuls, — réflexes rotuliens exagérés. Sensibilité normale.

Wassermann: (26 mars 1919)

(14 mai 1919) Positifs.

*De juillet 1919 à nov. 1920.* — Désorienté dans le temps, le malade qui est calme, peu expansif, légèrement euphorique, s'occupe un peu aux petits travaux de la salle. Il s'affaiblit peu à peu au point de vue mental et physique. Son poids passe de 74 kg. 400 à 67 kg. 800.

*État actuel.* — Le malade est couché, calme et répond timidement au début. Il sait la date de sa naissance et son âge, mais a perdu toute notion actuelle de temps et de lieu. « Il est ici à Bicêtre, depuis au moins 3 mois... nous sommes au printemps... »

Malgré son manque d'instruction, (illettré), il est capable de faire de petits calculs simples.

Pendant la conversation, on note un peu d'hésitation de la parole. Il présente de l'achoppement et des accrocs aux mots d'épreuve difficiles.

Pas de délire. État euphorique : « il se trouve bien, on va au cinéma souvent, on y voit des bonnes femmes et des bonshommes.... une femme qui se faisait grosse, puis qui se faisait petite.... et puis des tambours et puis des musiques.... »

Son affectivité est conservée à l'égard de sa femme qu'il voit avec beaucoup de plaisir.

Il est alité depuis une quinzaine de jours et gâte, depuis ce temps.

Tremblement fibrillaire de la langue et des doigts.

Pupilles inégales : ( $G > D$ ), inertes à la lumière.

Réflexes très exagérés (+ à G. qu'à D). Pas de trépidation épileptoïde. Pas de signe de Babinski.

Les réflexes cutanés, crémasteriens et abdominaux existent.

*Examens de laboratoire.*

Sang... (janv. 1921) Wassermann (Pasteur) ..... négatif (?)  
(1<sup>er</sup> mars 1921) Wassermann (Laboratoire de l'Hospice  
Paul Brousse à Villejuif : D<sup>r</sup> Payre)  
Positif : 4 Σ

Liquide céphalo-rachidien:

|                                             |                                                                                              |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wassermann (D <sup>r</sup> Payre) . . . . . | Positif                                                                                      |
| R. de Pandy (globulines) . . . . .          | +                                                                                            |
| R. de Boveri . . . . .                      | moy. 3 minutes                                                                               |
| Lymphocytes . . . . .                       | 15 par mmc.                                                                                  |
| Albumine . . . . .                          | 0,40 (tube de Sicard)                                                                        |
| R. de Guillain . . . . .                    | Le liq. clair dans les<br>5 premiers tubes, présente la réaction du<br>type « paralytique ». |

II. — *Asile de Villejuif : Service de M. le D<sup>r</sup> PACTET. (Cas cité dans la thèse de M. le D<sup>r</sup> SARAZIN).*

*Début et évolution de la maladie.*

Bu.... C., garde républicain, 37 ans, sans antécédents héréditaires pathologiques, dit avoir contracté la syphilis en 1914 (?) et avoir été très bien soigné à la caserne par des injections de 606.

En août 1919, à la suite d'une forte émotion à cheval, il est atteint de zona sur la moitié gauche du visage. C'est à partir de ce moment, au dire de sa femme, que son caractère change : il devient triste et pleure facilement à propos de rien. Très affectif. Quelques mois après, il a une discussion avec le directeur du théâtre où il était de service et laisse entrer les spectateurs malgré la défense. Le lendemain, il se commande une tenue d'officier, et se rend à leur manège. On le conduit au Val-de-Grâce, où le D<sup>r</sup> Briand diagnostique une « P. G. progressive avec agitation par intervalle et euphorie », et le fait transférer à Villejuif.

A son entrée, il est très excité, agité jour et nuit. Il présente du tremblement de la langue et des doigts, — des achoppements nombreux, — des réflexes rotuliens vifs. Pas de troubles pupillaires.

Euphorie et idées de grandeur : « Il gagnera certainement le Grand Prix, l'an prochain... Il chante très bien, et compte être engagé à l'Alhambra, avec un cachet minimum de 2.000 frs. par mois... Il lève 100 kg. d'un seul bras... »

Ponction lombaire :

Wassermann . . . . . Positif

Lymphocytose

Albumine . . . . . 0,65 (tube de Sicard)

*État actuel.* — L'état de Bu... s'est amélioré, il est actuellement dans un quartier de travailleurs, où il est calme et s'occupe

Ses idées de grandeur ont disparu : il n'aspire qu'à sortir et à retourner dans son pays, pour cultiver la terre et faire le bûcheron l'hiver. Malgré tout on retrouve chez lui un certain fond d'euphorie lorsqu'il parle de sa santé physique et de sa force. Il est très solide, très fort... ; il était très bon cavalier, il n'est jamais tombé de cheval dans les sauts les plus difficiles.

Sa mémoire manque de précision. Pendant la conversation on remarque des hésitations et achoppements de la parole. Il lit lentement, saute des mots, hésite de temps à autre et résume assez vaguement ce qu'il vient de lire.

Tremblement de la langue très prononcé (mouvements de trombone). Un peu de tremblement des doigts.

Les pupilles réagissent. Les réflexes sont très exagérés.

*Examen humoral* (10 mars 1921).

Liquide céphalo-rachidien.

Albumine . . . . . 0,56 (tube de Sicard)

R. de Pandy . . . . . + + + +

Lymphocytes . . . . . 52,2 (cellula de Nageotte)

R. de Guillain . . . . . 22222202222021

III. — *Ville-Evrard : Service de M. le Dr LWOFF, recueillie par M. Targowla.*

Pot..., 26 ans, fille soumise.

Paralyse générale à forme démentielle simple, caractérisée par l'embarras de la parole, l'inégalité pupillaire avec inertie, l'incontinence des sphincters, associés à un gros affaiblissement intellectuel. Indifférence, inconscience de son état, apathie.

Chancre 6 ans avant (1909).

Ictus apoplectiforme et mort peu après son entrée à l'asile.

Autopsie : Congestion généralisée de tous les organes.

Abcès multiples des organes intra-abdominaux.

Pyélo-néphrite gauche. — Foie syphilitique.

Encéphale.

Peu de liquide céphalo-rachidien. Congestion méningée, surtout marquée à droite.

Circonvolutions aplaties, sillons élargis.

Méninges épaissies et opalescentes. Adhérentes cortico-méningées étendues intéressant tout le lobe frontal.

Ependymite granuleuse.

Cervelet dur, sclérosé et atrophié.

#### **B) - Analyse bibliographique des observations publiées.**

IV. — (ANGLADE. — *Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de la paralysie générale. Obs. XV, th. de Paris, 1891.*)

B... Louise, 23 ans.

Antécédents. — Chancre, il y a 6 ans, suivi d'accidents secondaires. En raison de leur bénignité, la malade n'a été traitée que sommairement, pendant un court séjour à l'hôpital.

Elle a présentée ensuite du délire de satisfaction, avec inégalité pupillaire et embarras caractéristique de la parole.

La maladie, en une année, a évolué vers la démence et le gâtisme avec déchéance physique avancée.

V. — (PLANCHU. — *Paralyse générale progressive précoce. Lyon médical*, 1898).

Le malade, qui contracte la syphilis à 20 ans, commence à présenter des phénomènes cérébraux 2 ans et demi après. On constate chez lui, un affaiblissement de la mémoire (perte des faits survenus depuis sa syphilis) avec un optimisme exagéré, qui lui fait voir tout en beau, le rend content de lui-même et lui fait espérer un très prochain mariage avantageux.

Il présente de l'hésitation de la parole, avec une sorte de bégaiement de l'écriture.

Il a du tremblement de la langue et des lèvres.

Pas de troubles de la sensibilité.

Pas de troubles oculaires.

VI. — (RAYMOND. — *Archives générales de médecine*, août 1905, t. II, p. 2135 et suiv.)

L... Daniel, passementier. Contracte la syphilis à 27 ans. Suit un traitement mercuriel (Hg en ingestion) 24 jours après, apparition d'accidents secondaires : roséole, plaques muqueuses, maux de gorges.

5 ans après (avril 1905), à la suite d'une période de surmenage sa mémoire s'affaiblit, il présente de l'inaptitude à bien remplir son travail habituel et quitte la place qu'il occupait depuis 12 ans.

Entre à la Salpêtrière, le 29 avril.

*État mental.* — Erreurs de mémoire, — se rend compte de ce déficit, sans en être trop affecté. Ne présente aucune idée nette de persécution ni de grandeur.

Émotivité exagérée.

*Examen somatique* : Teint terreux et fanné. Aucun phénomène paralytique.

Un peu d'incoordination: ébauche de Rombers.

Écriture irrégulière, tremblée.

Pas de troubles de la sensibilité.

Réflexes forts. Normaux aux membres supérieurs. Orteil en flexion, — Oppenheim en défaut.

Réflexes cutanés normaux.

Aucun trouble vaso-moteur.

Parole : accroc, dysarthrie, tremblement de la langue (mouvements de trombone).

Yeux : rien d'anormal (Dupuis-Dutemps).

VII. — (PASSENAUD. — *P. G. et tabès précoces. Th. de Paris*, 1909-1910. — Obs. publiée dans la *Clinique* du 25 février 1910, par Marie et Beaussard.)

R... E., plombier. Contracte la syphilis à 22 ans ; il est traité pendant deux mois à l'hôpital (Hg en injection et en ingestion)

Il reprend son métier et se traite sans interruption. Le tremblement de ses mains s'accroît.

3 ans après, il entre à Lariboisière pour accidents méningés de saturnisme.

Ponction lombaire : 150 éléments par champ avec prédominance de polynucléaires.

L'évolution des accidents fait porter le diagnostic de « P. G. précoce, survenue après une période de méningite syphilitique : le saturnisme ayant été une cause adjuvante ». On le traite par des injections de biiodure, mais son état nécessite son transfert à Ste-Anne.

Ste-Anne. — P. G. avec hésitation de la parole, et tremblement des lèvres et des mains.

Lymphocytose rachidienne.

Transfert à Villejuif (26 nov.). — Confirmation du diagnostic de P. G.

Les pupilles dilatées, égales, réagissent.

Liseré de Burton.

Démence et gâtisme. Wassermann: positif.  
15 déc. Méningite : position en chien de fusil, Kernig, raideur  
et contracture des muscles du tronc.  
Ponction lombaire : liquide clair, non hypertendu.  
Lymphocytose : 150 éléments à 200.  
Hyperalbuminose.  
Wassermann: positif.  
Porges : positif.

VIII. — (MARCHAND et PETIT. — *Un cas de P.G. précoce, ayant débuté 4 ans après l'accident primitif spécifique.* — *Soc. de Psych.*, 16 déc. 1909. — *Encéphale*, 1910, p. 88.)

Jeune femme, 22 ans, père alcoolique.

Prostitution à 15 ans. Syphilis à 19 ans.

Deux ans après, elle présente des troubles cérébraux qui nécessitent son internement et qui consistent en affaiblissement intellectuel, avec idées niaises de grandeur et de satisfaction.

Troubles de l'écriture.

Pas d'embarras de la parole. Pas de troubles oculaires. Réflexes exagérés.

En 5 mois, malgré un traitement mercuriel intensif, la maladie évolue vers la terminaison fatale.

Premier ictus apoplectiforme, avec hémiplégie flasque gauche qui disparaît au bout de quelques jours, mais qui accentue l'affaiblissement intellectuel et amène un léger embarras de la parole.

15 jours après : P. L. : Lymphocytose abondante.

Albumine : 1 gr. 50 par litre.

Quatre mois après, nouvelle attaque apoplectiforme, avec hémiplégie droite transitoire, suivie une dizaine de jours après, d'une crise convulsive avec hémiplégie flasque à droite et mort sans reprise de connaissance.

L'autopsie révèle des lésions macroscopiques et microscopiques

de méningo-encéphalite diffuse :

« La périvascularite est disséminée très irrégulièrement et les néoformations vasculaires sont très prononcées au niveau des régions motrices. »

IX. — (NOWICKI. — *P. G. précoce, 3 ans après le chancre traité par le 606.* — *Th. de Paris*, 1913-1914, n° 228).

D... Rémy, 39 ans.

Ant. pers. 1893: fièvre typhoïde, — blennorrhagie.

1910: Syphilis et accidents secondaires traités par le salvarsan.

1912: Maux de tête dans la journée. Injections intra-fessière (huile grise probablement). La céphalée persiste, puis disparaît sans traitement. •

Troubles visuels, il y a 3 mois.

1913: État actuel: Le sujet, bien musclé, à teint pâle, est calme, cause volontiers, mais se préoccupe de sa syphilis. Euphorie.

Embarras de la parole, troubles de l'écriture. Les pupilles régulières sont inégales: D > G. Les réflexes à la lumière sont persistants, mais non abolis. Pas de paralysie des muscles de l'œil.

Les réflexes rotuliens sont exagérés; ébauche de trépidation épileptoïde.

Pas d'incoordination.

Sensibilité normale.

Il s'agit d'un P. G. au début, dont l'état nécessite l'internement à Ste-Anne, puis à Bicêtre où l'on confirme le diagnostic.

X. — (P. KAHN. — *Journal de médecine et de Chirurgie pratique*, 1919, p. 201.)

Maréchal des logis aviateur. Syphilis, il y a 6 ans.

Suspect de P. G., par suite de troubles de la mémoire assez légers ne l'empêchant pas de faire son service.

Le diagnostic clinique, est confirmé par l'examen de laboratoire.

Trois mois après, gros embarras de la parole, violences. Démence et gâtisme.

État général très mauvais et mort par ictus, après évolution totale de 6 mois.

---

### Remarques.

OBSERVATION II. — Cette observation nous apportait un cas de P. G. ayant débuté 5 ans après l'accident primaire. Nous avons tenu à vérifier l'époque de début de la syphilis et nous nous sommes adressé à M. le méd.-major du Corps qui a bien voulu nous donner connaissance des renseignements suivants, consignés sur le registre de l'infirmierie :

Bu... C., du 24 août au 3 nov. 1911 : Blennorrhagie.

du 15 janv. au 21 janv. 1912 :   »   »

du 23 janv. au 26 fév. 1913 : Accidents second.

La P. G. s'est montrée moins précoce dans l'infection syphilitique que nous ne le pensions. Nous l'avons cependant relatée : l'incubation est encore suffisamment courte (6-7 ans après le chancre) ; et le cas est instructif, en ce qu'il nous montre la réserve qu'il convient d'apporter aux renseignements donnés par le malade. Il est encore capable de se rappeler très exactement son âge, le jour, le mois et l'année de sa naissance ; et lorsqu'on lui demande de préciser la date d'apparition de sa syphilis, il le fait avec tant de bonne foi, qu'on note le renseignement, à quelques mois près, pour sa mémoire de P. G., sans se douter qu'il soit capable de commettre une erreur de plusieurs années. Ne se souvient-il pas très bien de sa maladie, du traitement même, sur lequel il donne, avec complaisance, des détails vraisemblables ?

Chez le paralytique, on fait dépendre les perturbations de la notion de temps, de l'affaiblissement de la mémoire, sans penser suffisamment que celle-ci, assez fidèle, pour conserver avec exactitude le souvenir d'un fait très ancien, puisse être parfois incapable de situer dans le temps un événement récent.

Il est commode, en effet, lorsque l'on veut juger de l'excellence de la mémoire, de considérer comme un des principaux facteurs de sa mesure, la longueur du temps écoulé entre un fait passé et sa réapparition dans la conscience présente, et d'apprécier sa perfection au degré d'ancienneté des souvenirs.

Mais ce procédé pratique d'appréciation, qui se conçoit dans la période de développement de la mémoire et chez l'individu normal, devient une cause fondamentale d'erreur, appliqué à l'étude d'une mémoire en régression; puisque, suivant la loi de Ribot, ce sont précisément les événements les plus récents qui disparaissent les premiers.

Beaucoup de paralytiques se rappellent avec exactitude la date de leur naissance, malgré une désorientation à peu près complète dans le temps et dans l'espace. C'est le cas de notre malade Gr... (Obs. I.)

La persistance de ces souvenirs ne peut fournir de renseignement sur la précision de la mémoire.

Bien que l'oubli de tels souvenirs ne puisse survenir qu'à une phase avancée de la maladie, où à la suite d'une démence profonde (puisque ce sont les faits les plus anciens qui disparaissent les derniers de la mémoire), leur disparition est surtout l'indice d'une désintégration de la personnalité.

C'est du reste ce que nous avons vérifié, en interrogeant,

À ce point de vue, 12 paralytiques, plus ou moins déments. 10 d'entre eux, se rappelaient avec exactitude le jour, le mois et l'année de leur naissance. Ils ne pouvaient cependant donner exactement leur âge, pour la plupart; ce qui suppose déjà une opération mentale et un effort mental (1) que le P. G. est incapable de fournir.

Une malade présentant des troubles très marqués de la mémoire avec désorientation complète dans le temps et dans l'espace, ignorant le jour, le mois et l'année actuelle, ne sachant même plus de combien de mois se compose une année, avait néanmoins conservé le souvenir exact de la date de sa naissance. Elle savait parfaitement son nom et son adresse.

Une autre malade, par contre, qui ignorait complètement son âge, ainsi que la date de sa naissance, avait également perdu le souvenir de son nom de mariage.

Il nous a aussi semblé que le paralytique avait tendance à considérer en raccourci le temps écoulé. Le fait n'est pas constant, mais il est suffisamment fréquent pour être noté.

Aussi lorsqu'il s'agit de préciser la date de l'accident syphilitique primaire, nous voyons combien peu, il importe d'ajouter foi aux renseignements fournis par le malade, même à quelques années près.

D'autre part, les renseignements que l'on trouve à ce sujet, dans les observations, qui n'ont pas eu en vue spécialement l'étude de la période d'incubation, ne sont peut-être pas à l'abri de toute critique.

OBSERVATION VI. — Chez un malade, à symptomatologie assez analogue : présentant de l'affaiblissement intellectuel,

(1) Voir Toulouse et Tagowla : *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. ment.*, n° 1, 1<sup>er</sup> janv. 1921.

sans délire surajouté, avec conscience de sa situation et conservation des réactions pupillaires, de Clérambault avait conclu à la syphilis cérébrale. Cependant, quelque temps après, le malade s'étant suicidé, Vigouroux, qui rapporte le cas, en fit l'autopsie et constata des lésions caractéristiques de méningo-encéphalite diffuse (1).

OBSERVATION VIII. — A remarquer, l'absence des signes oculaires et les troubles tardifs de la parole dans un cas de P. G. confirmée par l'autopsie.

OBSERVATION IX. — Le Pr Gaucher, ainsi que l'auteur, attribuent la précocité d'apparition de la P. G. au traitement par le salvarsan.

---

## Groupe II. — Observations de Paralysies générales à courte incubation probable.

### XI. — Observation personnelle.

*Asile de Villejuif : service de M. le Dr LWOFF.*

Is... E., employé de commerce, âgé de 38 ans, entre à l'Asile le 5 mars 1921.

*Antécédents :*

Père mort tuberculeux.

Aurait eu, d'après sa femme, un bouton persistant à la joue, en 1917.

*Histoire de la maladie et renseignements fournis par le malade.*

Né en 1883, âgé de 37 ans.

Est entré à Ste-Anne, il y a 4 jours, pour un peu de nervosité.

---

(1) Suicide d'un paralytique général conscient de sa situation. — Vigouroux, *Bullet. de la Soc. Clin. de Méd. ment.*, 1911.

Il n'y est resté que 2 jours et demi, les employés bolchevicks l'ont frappé, engueulé et lui ont refusé la belle chambre isolée qu'on lui avait promise.

Il est actuellement à Villejuif, où son intelligence est revenue plus forte que jamais. Il a fait ses études au collège Chaptal où il était le premier partout; il connaît bien l'allemand et encore mieux l'anglais, au point que des américains l'ont pris un jour pour un compatriote, tellement son accent est parfait.

Il est très fort en droit, malgré qu'il n'ait jamais fait d'études spéciales.

Il a de grandes capacités industrielles et de très hautes relations: son cousin est chef du portefeuille chez Rothschild et en est le confident. Il a monté des usines de chaussures et tanneries. Il a fait de grosses affaires: « J'ai fait des millions de chaussures qui m'ont rapporté 40.000 frs. en 2 ans. »

Il a débuté avec 3.000 frs. et si sa fortune n'est pas considérable, malgré qu'il gagne beaucoup, c'est qu'il dépense aussi beaucoup. Il s'est installé d'une façon superbe, il possède une salle à manger gothique et mène actuellement une vie princière.

Il est très heureux, entouré de sa femme et de sa fille, qui sont très jolies toutes deux, ont des toilettes superbes et des bijoux somptueux, qui ont fait l'admiration de tous ses voisins, pendant la visite.

Il a été mobilisé, il a fait 3 mois dans l'infanterie de marine. Il a été réformé pour tuberculose, puis mobilisé à l'intérieur chez M. W... en 1915.

Il possède une très bonne santé physique, il est robuste et solide.

Son frère a malheureusement contracté la syphilis et, lui-même s'étant un jour servi de son rasoir a eu sur la joue droite un bouton qui a duré assez longtemps. C'était vers la fin de la guerre, en 1918.

6 mois après, à la suite de troubles de la vue (et de paralysie faciale?), il va consulter à l'hôpital Rothschild où on lui fait une prise de sang. On ne lui en fait pas connaître le résultat, mais il est soumis à une série de piqûres d'hydrargyre.

Il va consulter le D<sup>r</sup> D...., qui l'envoie chez le D<sup>r</sup> C...., lequel le traite par l'arséno-benzol à cause de sa réaction positive.

Au mois de juillet 1920, le D<sup>r</sup> D... lui fait 24 piqûres de cyanure de Hg en 23 jours (1 cg. par emc.). Complètement empoisonné par le mercure, il est obligé de recourir aux bons soins du masseur magnétiseur T... qui par son fluide et ses passes parvient à lui rendre la santé.

Il n'a jamais fait d'excès, il ne fume ni ne boit.

Jamais de plaques muqueuses, de maux de tête ni d'éruptions.

*Examen somatique.*

Un peu d'embarras de la parole. Quelques hésitations à la lecture prolongée. Il résume assez bien ce qu'il vient de lire.

Un peu de tremblement des doigts.

Tremblement fibrillaire de la langue au bout d'un instant, avec mouvements de trombone, — tremblement de la lèvre supérieure.

Pupilles inégales D>G, régulières. Inertes à la lumière.

Réflexes normaux.

Aucun signe d'auscultation pulmonaire.

*Examen humoral* (30 mars 1921).

Ponction lombaire: liquide céphalo-rachidien hypertendu. (La ponction est suivie d'une légère syncope.)

R. de Pandy: +. + +

R. de Boveri: 4 min.

Albumine: 0,36 (tube de Sicard).

Lymphocytes: 30,8 (cellule de Nageotte).

R. de Guillain: 222222222210000.

Wassermann: positif (1).

---

(1) Transféré le 30 avril 1921 au pavillon de chirurgie de Ste-Anne,

XII. — (ARNAUD et LAIGNEL-LAVASTINE. — P. G. prolongée avec ictus et rémission, confirmée anatomiquement. « *Encéphale* », t. II, p. 50. — Prés. à la Soc. de Psych. de Paris, juin 1913.)

G... M., célibataire, sans profession, âgée de 44 ans, entrée à Vanves, le 7 août 1903, avec le certificat d'admission: « Méningo-encéphalite diffuse, avec troubles de l'intelligence, de la parole des sentiments, de la motilité. »

*Antécédents héréditaires*: Père, mort paralysé à 68 ans, après 5 attaques.

*Ant. personnels*: En 1889, elle fait connaissance d'un homme, avec qui elle vit maritalement, qui a contracté la syphilis en 1883.

De 1890 à 1893, elle fait deux fausses-couches, présente quelques crises de dépression morale, des troubles gastriques, des vomissements, de la céphalée rebelle à tout traitement.

De 1895 à 1902, ictus léger avec aphasie et paralysie du membre supérieur droit, qui disparaissent à la suite d'un traitement mercuriel. Crises alternantes d'agitation et de dépression, avec menaces de suicide et affaiblissement progressif de la mémoire.

En mai 1902, à la suite de crises d'agitation, pleurs et bizarreries, elle va consulter M. Babinski, qui conclut à la P. G. et conseille l'internement (grosse lymphocytose).

Reste 3 mois à Charenton, en ressort rapidement améliorée, à la suite d'un traitement mercuriel. Cependant, la rémission est incomplète aux dires de son amant, qui constate des troubles de l'humeur qui s'accroissent et amènent son nouvel internement à Vanves.

Août 1903. — Affaiblissement intellectuel (portant surtout sur la mémoire).

---

pour phlegmon du bras. Mort le 1<sup>er</sup> mai. Diagnostic confirmé à l'autopsie.

✓ Troubles de la parole.

Troubles pupillaires: inégalité et troubles des réflexes.

Réflexes exagérés. — Babinski: positif.

Troubles vaso-moteurs.

Céphalée.

1903 à 1905. — Ictus avec aphasie passagers. L'affaiblissement intellectuel s'accroît, — les facultés morales, émotives s'émoussent. Actes niais et enfantins. Quelques idées de persécution.

1905 à 1909. — Gâtisme. Crises épileptiformes subintrantes. Affaiblissement physique plus accentué progressivement ainsi que la déchéance psychique.

Mort le 6 nov. de broncho-pneumonie.

*Autopsie:* Lésions macroscopiques et microscopiques de méningo-encéphalite diffuse. « L'autopsie, disent les auteurs, révèle cette lente évolution, en montrant la tendance évidente à la chronicité des lésions méningo-conjonctivo-vasculaires. Ce cas permet de saisir le passage d'une P. G., d'allure assez rapide par méningo-encéphalite diffuse subaiguë, à une P. G. prolongée par méningo-encéphalite chronique, où l'inflammation se fond peu à peu dans la sclérose. »

XIII. — (TRUELLE et BROUSSEAU. — *Un cas de P. G. juvénile: malade prés. à la Soc. Clin. de Méd. Ment.* — Bulletin n° 7, 1920.)

Jeune fille, débile mentale de 19 ans, sans hérédité spécifique: Wassermann négatif, chez le père et la mère.

Est enceinte d'un algérien. Par suite, céphalée, chute de cheveux, maux de gorge.

Deux ans après, apparition de P. G.

Wassermann: positif.

Lymphocytose.

### Remarques.

OBS. XI. — Bien qu'il manque à cette observation la précision d'un diagnostic médical de l'accident primitif, elle nous a paru intéressante à rapporter, à côté des cas de paralysie générale à début prématurée, en raison :

1° du siège de la lésion primaire, à la face.

2° et des antécédents bacillaires, héréditaires et personnels, du sujet : père, mort de tuberculose ; — lui-même, réformé pour tuberculose.

OBS. XIII. — Il est très probable, que la malade a été contaminée à l'occasion de sa grossesse.

Les A. font remarquer qu'une syphilis arabe s'est localisée sur le système nerveux, malgré la rareté du virus « neurotrope » en Afrique.

---

### Groupe III. — Paralysies générales prématurées, dont le diagnostic peut être discuté avec la syphilis cérébrale.

OBS. XIV. — (RENAUDIN. — *Cas de Virchow: Annales Médico-Psychologiques*, 1863.)

Malade atteint de syphilis secondaire, avec hypersensibilité et douleurs céphaliques et osseuses. Mélancolie hypochondriaque. Après 3 ans, P. G. progressive avec délire ambitieux. Attaques épileptiformes répétées.

*Autopsie* : Tumeurs multiples de la dure-mère, intéressant la substance corticale. Ramollissement consécutif.

XV. — (ANGLADE. — *Obs. XXV, déjà cité.*)

H... Marie, ménagère.

*Antécédents.* — Mère très nerveuse. Mariée, il y a 6 ans, contracte la syphilis quelques mois après.

Les manifestations sont tellement bénignes, qu'un traitement, institué à l'insu de la malade, en a rapidement raison.

Excès vénériens.

*État mental.* — Déchéance complète, ne prononce pas une parole. Stupeur.

*État physique.* — Incapable de se maintenir dans la station verticale. Mouvements convulsifs des muscles de la face. Inégalité pupillaire. Gâtisme.

XVI. — (R. SERIGNY. — *Un cas de P. G. survenue pendant une syphilis secondaire.* — *Annales méd. psych.*, 1900.)

Pas de tares héréditaires.

Le malade a contracté la syphilis 4 ans auparavant. Malgré un traitement très énergique (Hg sous toutes ses formes, KI) apparaissent des accidents secondaires intenses.

Bientôt, le malade change de caractère, se livre à des actes bizarres, fait des achats inconsidérés qui nécessitent son internement.

Certificat: « Méningo-encéphalite diffuse d'origine syphilitique ».

A l'entrée. — Troubles intellectuels accentués, — mémoire diminuée, — conversation triviale, — s'irrite facilement, se plaint de tout, fait de vastes projets.

*Examen somatique.* — Un peu d'inégalité pupillaire. Hésitation de la marche, — troubles de la parole et de l'écriture.

Les fonctions organiques s'accomplissent bien.

Les plaques muqueuses sont encore très abondantes.

Attaque apoplectiforme. Hémiplegie droite totale (membres sup.

et inf.) avec paralysie de la face à gauche. Aphasie complète.

Cet état s'aggrave progressivement.

Coma, — abolition des réflexes, — gâtisme, déviation conjuguée de la tête et des yeux.

Crise d'épilepsie jacksonienne, — mort.

XVII. — (DUFOUR et BRELET. — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, nov. 1904, rapportée par Cesbron, obs XIII, 1910.)

Il s'agit d'un homme, âgé de 32 ans, qui a contracté la syphilis 3 ans auparavant. Affaiblissement intellectuel : parole lente.

Lymphocytose considérable.

Papules syphilitiques aux avant-bras.

XVIII. — (SEGLAS. — *Normandie Médicale*, 1<sup>er</sup> mars 1907, n° 4. — Cesbron, obs. XVI.)

Rivaillon: Coexistence d'accidents syphilitiques avec tabès et P. G. (*Th. de Paris*, 1909-1910, obs. VI.)

P... 35 ans, comptable. Syphilis datant de 5 ans. Actuellement symptômes de P. G. au début : forme démentielle simple. Dépression intellectuelle, troubles de la mémoire, modifications du caractère. Satisfaction intermittente sans délire.

Troubles de la parole (accrocs) et de l'écriture, — tremblement vermiculaire de la langue et des mains, — secousses des lèvres. Réflexes rotuliens et achilléens conservés.

Inégalité pupillaire avec signe d'Argyll.

Lymphocytose rachidienne.

Éruption cutanée de syphilides papuleuses, qui s'effacent par le traitement, en même temps que les troubles mentaux s'atténuent progressivement.

XIX. — (EHLERS. — *Un cas de P. G. ayant débuté 3 ans*

après l'infection syphilitique. — *Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie*, 9 janv. 1908.)

C... F., 34 ans, contracte la syphilis à 29 ans et suit un traitement mercuriel (ingestion). Trois ans après, apparition de plaques muqueuses à la langue et à l'anus et d'idées délirantes de grandeur.

Au bout de 2 ans, son état mental nécessite son internement à l'asile St-Jean, près de Roskilde.

*Examen du P<sup>r</sup> Rohnell :*

Juillet 1906. — Hableur, excité et déprimé par intervalle. Humeur instable. Idées de grandeur. Quelques idées de persécution.

Pas de tremblement, — réflexes marqués.

Pupilles moyennes, un peu angulaires, pas d'Argyll.

Août 1906. — Quelques hallucinations auditives. Balbutie avec les mots d'essai. — Pas de tremblement de la langue ni des mains.

Pas de Romberg, — réflexes forts, — les pupilles réagissent

Il présente une grande quantité d'adénites indolentes et sur la peau des efflorescences papuleuses en groupe, sèches, brunâtres desquamatives.

Rien à la bouche ni à l'anus.

Quelques petites ulcérations à la verge.

Déc. 1907. — Quelques idées de persécution, — période de calme et d'agitation, — période d'hallucinations.

Les pupilles réagissent lentement.

*Antécédents :* Pas de maladies mentales dans la famille.

Coup sur la tête, il y a 6 ans.

Grand buveur de bière.

XX. — (CESBRON. — *Accidents syphilitiques cutanés ou muqueux au cours de P. G. en évolution*. — *Annales des Maladies vénériennes*, t. V, n° 12, 1910; obs. XIV: inédite de E. Fournier.)

Femme de 42 ans, qui a contractée la syphilis, il y a 5 ans (en

1893). Elle présente des troubles de la mémoire, — changement de caractère, qui devient irritable. Idées absurdes. Abolition du sens génital.

Un an après, gomme de l'iris qui cède au traitement mixte.

La malade, internée peu après, meurt en 1904.

XX. — (SARAZIN. — *La P. G. et la guerre.* — *Th. de Paris*, obs. résumée, p. 19.)

S... E., 43 ans, mécanicien, contracte la syphilis en avril 1914. Il est soigné par le Dr Millian à la Rochefoucault.

Pendant un congé d'un mois, en déc. 1916, son entourage et lui-même, constatent un affaiblissement de la mémoire et de la difficulté de la parole. Il rejoint son corps, est évacué pour entérite à l'hôpital P. Bert, de là au Val-de-Grâce, et enfin transféré à Villejuif, le 12 fév. 1917, avec le certificat suivant: « P. G. progressive, avec idées délirantes de satisfaction, agitation, — inégalité et paresse pupillaires. » Dr Briand.

Examiné le 26 fév., il sait où il se trouve, son adresse à Paris, la date de son entrée à Villejuif, le temps qu'il y a passé. Pas d'idées délirantes.

Maux de tête la nuit, qui lui enlèvent tout sommeil.

Dysarthrie, — tremblement de la langue.

Inégalité et inertie pupillaires, — réflexes rotuliens vifs.

Décédé le 31 août, des suites de P. G. progressive.

XXII. — (P. KAHN. — *Journal de Médecine et de Chirurgie prat.*, 1919, p. 201.)

Soldat du Centre Psych. de Tours, qui présente un syndrome de P. G. indubitable.

Tremblement, — dysarthrie, — inégalité pupillaire, — amnésie.

*Examen du sang et du liquide céphalo-rachidien :*

Wassermann : positif.

Ce syndrome a débuté 2 ans après un chancre, diagnostiqué et soigné dans un centre vénéréologique de l'armée.

Le malade présente d'ailleurs des lésions syphilitiques secondaires au dos et au bras qui ont été montrées à M. Gougerot.

---

### Remarques.

Sans vouloir, en aucune façon, infirmer le diagnostic d'auteurs plus compétents que nous, nous avons rassemblé ces observations dans le seul but de montrer une série de cas, à manifestations symptomatiques atypiques d'interprétation clinique délicate et comportant un élément personnel d'appréciation.

OBSERVATION XIV. — Bien que l'observation soit très incomplète et que l'accident initial n'en soit pas précisé, l'incubation paralytique semble avoir été assez courte et au moins inférieure à 6 ans.

Les accidents hypocondriques qu'a présentés le malade, font penser aux états neurasthéniques para-syphilitiques de Fournier, qui se produisent d'après lui, avec une réelle fréquence, pendant la 2<sup>e</sup> ou la 3<sup>e</sup> année de la syphilis, plus rarement après 4, 5, 7 ans.

Les lésions constatées à l'autopsie, sont surtout des lésions scléro-gommeuses de syphilis tertiaire, et, si au point de vue anatomique, il semble que l'on ait à faire à un cas de syphilis cérébrale, il est à remarquer qu'elles ont donné le tableau clinique de la P. G. progressive, avec la présence elle-même du délire des grandeurs dont Krafft-Ebing a voulu faire un des principaux éléments de diagnostic différentiel.

Au sujet de cette observation, il est également intéressant de rappeler l'opinion de R. Serigny : « Bon nombre d'observations ont été rapportées autrefois, pour lesquelles, on avait posé le diagnostic de P. G. pendant la vie, alors que l'autopsie avait révélé l'existence de gommes nombreuses et disséminées dans la substance cérébrale. Mais quand on analyse à fond le compte rendu de l'autopsie, on y trouve signalées des lésions macroscopiques non douteuses de méningo-encéphalite chronique telles que : épaissement des méninges, adhérences... »

OBSERVATION XV. — L'absence de signes pathognomoniques de P. G. (dysarthrie, etc.), la date de l'affection, l'absence de toute espèce de délire dans le courant de la maladie, les contractions localisées à la face, la stupeur font également penser à des manifestations de la syphilis tertiaire.

OBSERVATION XVI. — Dans la discussion qui suit la présentation de son malade, l'auteur ne manque pas de faire remarquer lui-même les caractères atypiques de la maladie, avec son hémiplégie, complète et persistante, d'une moitié du corps et de la face ; avec la déviation conjuguée de la tête et des yeux, l'aphasie totale et les crises d'épilepsie jacksonienne.

Toute cette symptomatologie qui suppose, en effet un ensemble de foyers irritatifs et destructifs, des plus divers, prête à différentes hypothèses et rend le diagnostic discutable.

Néanmoins R. Serigny conclut à la P. G., mais il admet qu'il est impossible au point de vue anatomique de différencier certains cas de syphilis cérébrale, de la P. G., où les lésions sont associées.

Dans cette observation, l'atteinte nerveuse ne confirme pas l'opinion généralement admise, qui veut que le parenchyme nerveux soit à l'abri de tout envahissement, dans les cas de syphilis cutanée grave et rebelle : soit par suite de la dualité du virus, ou encore « grâce à une sorte d'immunité indirecte que lui conférerait, la fixation locale de l'antigène tréponème dans un autre département de l'organisme » (Sicard)

OBSERVATION XVIII. — Nous trouvons dans cette observation, d'une part l'inégalité pupillaire associée à l'abolition du réflexe à la lumière qui est un signe quasi pathognomonique de paralysie générale.

D'autre part, l'atténuation des troubles psychiques, sous l'influence du traitement est le meilleur élément de différenciation des fausses P. G.

OBSERVATION XIX. — Après l'examen de son malade le P<sup>r</sup> Rohnell conclut : « Je crois qu'il s'agit d'une démence paralytique même si elle n'est pas tout à fait typique ».

Chez ce malade, en effet, la paralysie générale s'écarte du type habituel, par la présence d'hallucinations et d'un délire de persécution.

Les hallucinations, dans la P. G, ont fait l'objet de nombreuses controverses ; mais d'après Serieux et Mignot, elles sont parfois assez nombreuses pour constituer une variété sensorielle de la maladie. Régis leur attribue une origine toxique, ce qui concorderait ici avec l'alcoolisme du sujet.

Quant aux délires de persécution, bien qu'ils soient exceptionnels dans la P. G, ils n'en existent pas moins, avec pourtant des caractères un peu particuliers, en rapport avec

l'état d'affaiblissement intellectuel des malades et leur fond d'optimisme. Nous venons d'en observer un cas très net, dans le service de Mr le Dr Lwoff. (1)

A remarquer aussi la succession des phases de dépression et d'excitation qui constituent une variété circulaire de la paralysie générale et se rencontrent dans les formes à longue évolution. (ici la maladie dure depuis 4 ans.—De même l'instabilité de l'humeur qui n'est autre chose qu'une espèce de périodicité affective.

OBSERVATION XXI. — A noter la céphalée à exacerbation nocturne, enlevant tout sommeil au malade, qui conserve la conscience de son état, tout au moins au début, ainsi que celle des circonstances extérieures.

---

#### **Groupe IV. — Cas de paralysies générales prématurées incomplètement rapportés.**

XXIII. — (REGIS. — *Note sur la P. G. prématurée « Encéphale »*, 1883.)

L'auteur signale le cas d'un malade de 24 ans, atteint de paralysie générale, survenue 3 ans après le début d'une syphilis.

XXIV. — (MOREL-LAVALLE et BELIERES. — *Syphilis et P. G.* Obs. 33, 1889.)

X..., 34 ans. Troubles cérébraux ayant débuté 4 ans après la syphilis. Paralysie générale progressive à forme dépressive (asthénique). Amnésie ; attaques apoplectiformes. Malade non suivi.

---

(1) Le malade a été présenté à la Soc. Clin. de Méd. Ment. le 21 févr. 1921, par MM. Lwoff et R. Targowla : « Délire systématisé post onirique chez un paralytique général tabétique. »

XXV. — (THABUIS et A. BARBÉ. — *Étude Physico-chimique du liquide céphalo-rachidien dans la P. G.* — *Rev. neur.*, n° 22, t. II, 30 nov. 1912, obs. VII, p. 538.)

Malade atteint de syphilis en 1906 et de P. G. en 1912.

XXVI. — (ROGUES de FURSAC. — *Manuel de Psych.*, V<sup>e</sup> édit. 1917, p. 326.

Cite le cas d'une paralysie générale survenue 3 ans et 10 mois après le chancre.

XXVII. — (CAPGRAS et RAYNAUD. — *Group. médico-chirurgical de la V<sup>e</sup> région*, 1918.)

Les auteurs signalent le cas d'un officier, qu'ils ont observé, atteint d'un syndrome paralytique en 1917, terminé par la mort en quelques mois.

Syphilis contractée en 1915.

XXVIII. — (L. MONGERI. — *Contribution à l'étude de la P. G. progressive* : *Centrablatt für Nervenfreikunde und Psych.*, n° 208, 1<sup>er</sup> mars 1906.)

### 9 Cas

(Cas 8), 43 ans, prof.: colporteur, P. G.: 6 ans d'incubation.

XXIX. — (13). 57 ans, forgeron, 6 ans » »

XXX. — (14). 37 ans, portefaix, 5 ans » »

XXXI. — (20). 47 ans, portefaix, 5 ans » »

XXXII. — (36). 32 ans, forgeron, 3 ans » »

XXXIII. — (47). 37 ans, portefaix, 6 ans » »

XXXIV. — (116). 32 ans, négociant, 6 ans » »

XXXV. — (126). 31 ans, ingénieur, 6 ans » »

(Hôpital arménien : hommes.)

XXXVI. — (142). 27 ans, 4 ans d'incubation.

(Hôpital de la Paix : femmes.)



## DEUXIÈME PARTIE

---

Les formes de paralysie générale à incubation raccourcie sont-elles plus fréquentes qu'auparavant, et présentent-elles des particularités étiologiques, symptomatiques ou évolutives en rapport avec le début rapproché de l'accident primitif ?

Les éléments du problème ne peuvent être donnés que par l'étude détaillée et comparée de la syphilis pré-paralytique, de l'étiologie, des symptômes et des lésions anatomiques.

Mais en présence du petit nombre de cas, la plupart du temps incomplètement étudiés ou rapportés, les détails des faits particuliers plus que la recherche impossible de conclusions générales, doit faire l'intérêt de cette étude.

### A). — La syphilis du paralytique.

---

#### I. — La période intercalaire.

---

##### a). *La détermination de l'incubation paralytique.*

L'intervalle de temps qui s'écoule entre l'accident primitif et le début de la paralysie est très variable et difficile à déterminer.

La date du chancre remonte à une époque si éloignée, elle a été accompagnée d'une période de latence si longue que le médecin traitant de la syphilis a perdu de vue son malade et ne le revoit pas à l'occasion de ses troubles mentaux.

Les P. G. prématurées elles-mêmes, malgré la précocité

de leur apparition ne sont pas souvent rapportées par les médecins habituels des syphilitiques. Ce sont généralement les psychiatres qui les étudient et qui tâchent alors de retrouver l'accident primitif dans le passé du malade.

Mais lorsque la famille du paralytique se résoud à le conduire à la consultation d'un médecin, elle est habituellement incapable de donner les renseignements nécessaires au sujet de la maladie ancienne et secrète.

Quant au paralytique, il ignore parfois lui aussi ou a oublié sa syphilis. S'il la connaît et l'avoue volontiers, on ne peut néanmoins se fier à ses souvenirs lorsqu'il précise la date de l'accident initial.

On voit combien il est difficile pratiquement de déterminer l'origine de la période d'incubation, que seuls les renseignements précis de la famille, confirmés par le médecin traitant, permettent de fixer.

Comment préciser d'autre part, le début de la P. G. Les troubles mentaux qui en marquent la phase initiale, évoluent depuis un certain temps déjà, lorsqu'on examine le malade pour la première fois et l'on a coutume de fixer les premières manifestations cliniques de la maladie, aux changements survenus dans le caractère du malade.

Or, si une femme est généralement incapable d'apprécier exactement le niveau mental de son mari, pas plus qu'une mère celui de son enfant; comment la femme du paralytique aurait-elle pu remarquer l'affaiblissement intellectuel que l'examen clinique aurait révélé. Son affection et son attachement n'ont souvent fait que s'accroître devant l'humeur changeante et l'habituelle bienveillance de son mari, tandis qu'il la persuadait aisément de ses grandes

capacités et de son intelligence plus forte que jamais.

Par contre, cette instabilité de l'humeur, d'apparition précoce, est vivement ressentie par l'un ou l'autre des époux au point que chacun d'eux constitue un réactif très sensible aux plus légères modifications qui surviennent dans le caractère de son conjoint et peut fournir de précieuses indications sur le début clinique de la maladie (1).

En résumé, si l'époque d'apparition de l'accident initial est difficile à préciser, le début clinique de la paralysie peut être au contraire habituellement déterminé d'une manière assez précise.

*b). — Les variations de l'incubation paralytique,*

La durée moyenne de la période intercalaire est variable, suivant les auteurs dans des limites assez voisines. Raymond et Serieux la fixent à 12 ans, Gilbert Ballet de 11 à 20 ans, Mendel de 10 à 15 ans, Roubinowitch de 12 à 14 ans, Pilcz de 12 à 15, Régis à 12 ans 1/2, Duclos de 12 à 14 ans, P. Kahn de 12 à 15 ans et dernièrement Pactet et Bonhomme de 8 à 12.

Cette période intercalaire varie entre des limites très étendues et seule l'étonnante statistique de Pr. Pilcz et Mattauschek, par les données précises et suffisantes quelle contient permet d'en faire une étude intéressante.

Cette statistique, qui a été rapportée en 1912, à la soc. méd. psych., par le Dr. De Clerembault concerne 4134 syphilitiques, tous officiers, suivis après leur accident primitif, constaté par les auteurs ou officiellement avéré.

---

(1) Dans l'observation XI, que nous avons rapportée, la femme du malade s'est aperçue des modifications du caractère de son mari, un an et demi avant son internement.

L'énumération des cas observés, par rapport aux années d'évolutions de la syphilis suffit pour obtenir approximativement la durée moyenne de l'incubation, de même que la proportion des incubations longues et des incubations rapides.

Mais, à la suite d'un travail d'un très grand intérêt, de MM. les Drs Levy-Bing et Gerbay et de Mr le prof. Haag, nous avons appliqué aux durées d'incubation de la paralysie générale leur méthode de représentation des durées d'incubation de la syphilis.

Ces auteurs, ne retenant que 120 cas sur 1500 chancres, ont construit la courbe du pourcentage de ces cas, en fonction du temps écoulé depuis le jour de la contamination.

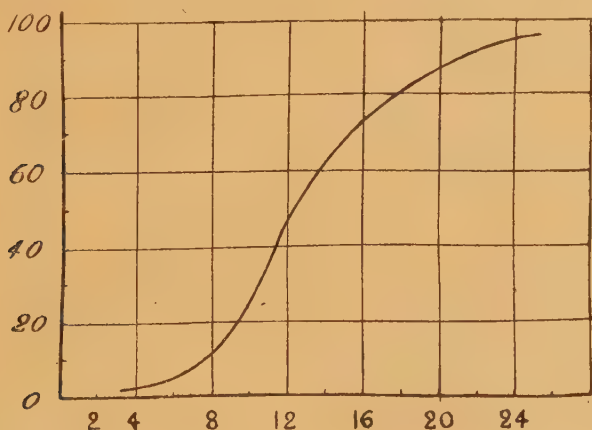
La statistique de Pilcz sur la durée de l'incubation paralytique, grâce à la détermination exacte de l'accident primaire et au nombre considérable des cas observés, par un même auteur, se prête à cette représentation graphique. A défaut d'autre renseignement, une simple lecture de la courbe obtenue permettra de trouver le pourcentage des cas dont la durée d'incubation varie entre 3 et 25 ans (terme suffisant, et auquel nous nous sommes arrêtés, bien que Pilcz ait observé des P. G. apparues 46 ans après l'accident primaire?).

Cette statistique comporte l'étude de 195 P. G. sur 4134 syphilitiques en évolution, soit : 4,7 p. 100.

Nous avons calculé le pourcentage des cas dont la durée d'incubation était inférieure ou égale successivement à toutes les durées figurant dans la statistique. Par exemple, pour avoir le pourcentage des durées ne dépassant pas 2 ans, nous avons additionné tous les cas dont la durée était au plus égale à 2 ans : soit 71 ; en divisant par le nombre

total des cas, c'est-à-dire 195, nous avons obtenu le pourcentage cherché : soit 0,365 ou 36,5 p. cent.

Nous avons répété ce calcul pour toutes les durées et construit les points, en portant en abscisses les durées successives, et en ordonnées les pourcentages trouvés. Ces points sont situés tous assez exactement sur une courbe régulière que nous avons tracée. Cette courbe permet d'obtenir facilement le pourcentage total des cas correspondant à une durée donnée, et inversement de déterminer la durée d'incubation qui correspond à un pourcentage total donné (1).



(1) MM. Lévy-Bing, Gerbay et Haag, ont déduit du calcul du point moyen et de l'écart moyen, l'équation de la courbe mathématique, qu'ils ont trouvée coïncider exactement avec la courbe de pourcentage de leurs cas. Ils en ont conclu que la durée d'incubation de la syphilis obéissait très exactement à la loi de Gauss et se sont demandés si cette loi ne s'appliquait pas d'une manière générale à toutes les durées d'incubation.

Aussi, aurait-il été intéressant de tracer ici la courbe de probabilité calculée, à côté de cette courbe de pourcentage. Mais cela nous aurait entraîné à des considérations générales trop éloignées de notre sujet.

Avec une telle statistique et sa représentation graphique, nous avons une base utile, nous permettant de répondre à la question suivante : La période intercalaire de la P. G. tend-elle à se raccourcir et les P. G. prématurées sont-elles plus fréquentes qu'autrefois ?

« Il semble que depuis quelque temps, écrivaient en 1904, G. Ballet et Rogues de Fursac, la période qui sépare l'infection syphilitique de l'apparition de la P. G. tend à se raccourcir. Il y a quelques années, il était rare de voir une P. G. éclater 5, 6, 7 ans après le chancre tandis qu'aujourd'hui, c'est là un fait courant. » Nous trouvons cette opinion émise déjà en 1901 par G. Ballet et Brissaud, puis reprise par beaucoup d'auteurs, notamment par Passenaud (1909-1910) et surtout depuis la guerre, par Duçlos (1917), P. Kahn (1919) et Hagueneau (1920).

Mais nous pensons que l'observation de cas rares, mêmes nombreux, n'est pas suffisante pour confirmer une impression, si elle n'est basée sur la comparaison des pourcentages donnés par plusieurs statistiques importantes et complètes, relevées à des années différentes.

Nous pourrions conclure logiquement, au raccourcissement de la période intercalaire, et à l'augmentation du nombre des P. G. prématurées, si plusieurs statistiques de l'importance et de la précision de celle de Pilcz, établies à des années différentes et représentées graphiquement, nous montrent d'une manière constante, soit une avance sensible du point moyen vers l'origine des temps, soit pour une abscisse

---

Le manque de symétrie de notre courbe autour d'un point moyen, suffit cependant à montrer qu'elle ne correspond pas exactement à une courbe de Gauss.

5 ou 6 par exemple, une ordonnée très notablement augmentée.

Or, si nous possédons dans les cas observés par Pilcz (1880-1900), une base indispensable à cette étude, nous n'avons pas dans la suite de statistiques aussi parfaites, nous apportant les éléments de comparaison nécessaires à l'établissement de conclusions indiscutables.

Cependant les données, dont nous pouvons faire état ne sont pas à négliger puisqu'elles sont seules capables, malgré leur imperfection, de nous fournir des résultats intéressants.

Ce sont :

En 1906, la statistique de L. Mongéri, comportant l'étude de 144 paralytiques, observés au point de vue de leur antécédent et comprenant 9 P. G. prématurées.

Et notre observation personnelle à l'asile de Villejuif où nous avons trouvé sur les 77 paralytiques des services de MM. les D<sup>rs</sup> Pactet et Lwoff, 2 P. C. prématurées : 1 cas de 4 (?) ans d'incubation et l'autre de (3-5) ans.

Ce qui nous permet de donner le tableau suivant :

| Abscisses | Ordonnées            |                   |                          |
|-----------|----------------------|-------------------|--------------------------|
|           | Pilcz<br>(1880-1900) | Mongéri<br>(1906) | Villejuif<br>(1920-1921) |
| 3         | 1,53                 | 0,6               |                          |
| 4         | 2,05                 | 1,3               | 1,29                     |
| 5         | 4,61                 | 2,7               | 2,5                      |
| 6         | 5,12                 | 6,2               |                          |

Nous voyons que l'allure générale de la courbe des pourcentages n'a pas été modifiée sensiblement dans ces vingt dernières années et rien ne nous permet de conclure à la diminution de la période intercalaire pré-paralytique.

Le pourcentage des cas prématurés se trouve même un peu diminué ; mais nous ne pouvons en tenir compte étant donné d'une part, le nombre peu considérable de malades rentrant dans les deux statistiques comparatives, et d'autre part, le manque de renseignements concernant la syphilis primaire, qui ne peut être retrouvée chez un grand nombre de paralytiques.

Les paralysies générales prématurées sont donc toujours de formes rares de la maladie.

Quelle a été la durée d'incubation de tous les cas que nous avons rassemblés dans cette étude ?

| <i>Durée de la période<br/>intercalaire</i> | <i>Nombre de cas :<br/>(36)</i> |
|---------------------------------------------|---------------------------------|
| 2 ans                                       | 4                               |
| 2 1/2                                       | 1                               |
| 3                                           | 10                              |
| 4                                           | 4                               |
| 5                                           | 5                               |
| 6-7                                         | 13                              |

On ne peut manquer d'être frappé du grand nombre de P. G. ayant débuté dans la 3<sup>e</sup> année de la syphilis, ce qui semble être en désaccord avec l'augmentation régulièrement croissante du nombre des P. G. avec l'âge de la syphilis.

Cependant, il n'y a pas lieu d'en être surpris, si l'on tient compte des troubles mentaux, pré-paralytiques qui surviennent vers la 3<sup>e</sup> année, qui nécessitent un internement plus ou moins précoce et qui s'atténuent parfois au point que le malade est rendu à la liberté pour être de nouveau réinterné lorsque la maladie ne laisse plus aucun doute : le début de

l'affection reste ainsi imprécis de quelques années. Il y a également lieu de tenir compte de ce que tous les cas de 6 ans n'ont pas été rapportés ici ; qu'il existe des P. G. discutables et enfin que tous ces malades ont été observés par des auteurs différents.

## **II. — Les accidents syphilitiques de la période intercalaire.**

L'évolution de la syphilis du paralytique n'a pas présenté d'allure spéciale. Tantôt la période secondaire s'est montrée avec ses accidents habituels (2, 6, 9, 13, 14) ; tantôt les lésions cutanées ou muqueuses sont remarquables par leur bénignité (4, 15), ou au contraire, par leur intensité (16). Pour un bon nombre de cas on ne retrouve aucun renseignement ; la syphilis est restée latente, les accidents sont passés inaperçus ou n'ont pu être retrouvés dans le passé du malade.

Et l'opinion que nous trouvons émise par Broadbent et Rienecker, pour qui les accidents secondaires sont rares chez les sujets prédisposés aux manifestations cérébrales de la syphilis, nous paraît trop absolue.

Du reste, MM. Jeanselme et Bloch pensent que ce sont les syphilis secondaires les plus exubérantes au point de vue cutanéomuqueux qui s'accompagnent le plus souvent de réactions méningées précoces.

## **III. — Les accidents syphilitiques au cours des formes précoces de la P. G.**

Dans l'ensemble des 22 observations rapportées ici avec quelques détails, nous retrouvons chez 7 malades la présence de maux de tête nocturnes, d'éruptions cutanées papuleuses

et papulo-squameuses, de plaques muqueuses (16, 17, 18, 19, 21, 22) et dans un cas une gomme de l'iris (20).

Ce chiffre est même probablement plus élevé si l'on remarque que certains symptômes de foyer ne sont que l'expression clinique de lésions gommeuses du cerveau.

1/3 environ des cas présentent donc des accidents syphilitiques en évolution, ce qui constitue une proportion très forte, étant donné la rareté de ces accidents au cours de la P. G.

Mais alors que l'on n'est nullement surpris de rencontrer la leucôplasie dans la péri-encéphalite chronique (on a même voulu en faire un élément important de diagnostic), les deux lésions apparaissant l'une et l'autre à une époque contemporaine de la syphilis; on conçoit difficilement la coexistence de lésions secondaires ou mêmes tertiaires dans la para-syphilis.

Dans les cas qui nous occupent, il n'y a rien d'étonnant pourtant à cela, étant donné, d'une part, le très court intervalle de la période d'incubation, et d'autre part, la relativité elle-même des périodes de la syphilis.

« Si la plupart du temps, dit Cesbron, la syphilis se manifeste au cours de la P. G. par des accidents tertiaires, on rencontre aussi des accidents secondaires, c'est-à-dire, généralisés et cela au mépris du temps écoulé depuis l'apparition du chancre initial, — les divisions de la syphilis en périodes ont une valeur toute relative. »

De plus, la présence d'accidents syphilitiques au cours de la symptomatologie paralytique est généralement invoquée en faveur de la syphilis cérébrale.

Qué penser alors des cas, dans lesquels les troubles men-

taux persistent tandis que disparaissent les syphilides cutanées, muqueuses ou gommeuses au cours d'un traitement mercuriel ou arsénical ?

Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter à ce sujet l'opinion de M. le Prof. Chauffard : « Le traitement, dit-il, n'amende pas ces désordres dûment spécifiques pour la raison que loin d'être passagers, ils sont déjà irréparables. Il vous sera parfois donné de comparer sur le même sujet la curabilité de certaines lésions et l'incurabilité de certaines autres.

C'est une loi implacable de pathologie générale que cette impuissance de l'organisme à transformer un tissu cicatriciel en tissu normal. »

#### **IV. — Influence du traitement de la syphilis pré-paralytique sur la précocité d'apparition de la maladie.**

Par suite de l'insuffisance de leur traitement, on admet que ce sont les syphilis bénignes qui évoluent le plus habituellement vers la paralysie générale.

Dans les cas particuliers qui nous occupent, Régis, au Congrès de Rouen (1890), et Anglade, dans une thèse de Paris (1891), pensent que la paralysie apparaît plus tôt, lorsque la syphilis est moins bien et moins longtemps traitée, et que le traitement a pour résultat de reculer la date de l'écllosion de la maladie.

Nowicki, au contraire, dans une thèse (1913-1914), inspirée par le Prof. Gaucher, incrimine le traitement arsénical intensif comme cause de la précocité d'apparition de la paralysie.

Roussy, Lépine, Sicard, ont une opinion assez voisine (1).

Quant à Pilcz et Mattauschek (1912), ils croient que la longueur de l'intervalle écoulé entre le chancre et la paralysie n'est nullement influencée par le traitement.

Sur les 22 cas étudiés ici, 11 malades au moins (1, 2, 4, 6, 7, 9, 15, 16, 19, 21, 22), c'est-à-dire la moitié, ont été traités, les uns par le mercure, les autres par les arsenicaux, tantôt de manière courante, tantôt sommairement, parfois même énergiquement.

Aussi ne croyons pas que l'insuffisance du traitement soit un facteur essentiel de raccourcissement de la période d'incubation de la paralysie.

On voit des paralysies apparaître précocement que la syphilis soit : bien, mal, peu ou pas traitée.

Qu'un traitement bien conduit soit capable d'empêcher l'apparition de la P. G., il est logique de le penser, et c'est un devoir de le tenter. On peut espérer guérir la syphilis ou tout au moins la fixer dans son évolution.

D'autre part, comme le pense Gaucher, qu'un traitement arsenical intempestif puisse dans certains cas et chez certains individus provoquer l'éclosion de la paralysie ? Ce n'est pas impossible. Ne voit-on pas, en effet, l'ergot de seigle, qui serait de quelque efficacité dans le tabès, lorsqu'il est employé à faibles doses et seulement pendant 8 à 10 jours, déterminer, à la longue, par son usage inconsidéré, une sclérose des cordons postérieurs tout à fait analogue à la lésion du tabès. (Tuczek).

Et n'est-ce pas même, peut-être, une loi générale de théra-

(1) Discussion de la communication de M. Crocq. *Congrès de Strasbourg*, août 1920.

peutique qui veut que la réversibilité pharmacodynamique des médicaments spécifiques soit une condition de leur spécificité et de leur efficacité.

En tout cas, si nous pouvons constater qu'une syphilis traitée par l'arsénobenzol a évolué vers la paralysie générale d'une manière précoce, nous ne pourrons jamais savoir ce qu'elle serait devenue sans traitement et toutes les déductions que l'on peut faire dans ce cas ne reposent sur aucun fondement.

---

## B). — Les causes adjuvantes.

---

### **Antécédents héréditaires.**

Nous ne trouvons aucune particularité constante à signaler, dans les antécédents des malades. Magnan et Serieux, font remarquer que le délire débute d'une façon précoce, chez les sujets à antécédents vésaniques. Or toutes les tares mentales héréditaires constituant un terrain propice au développement des idées délirantes, devraient se retrouver fréquemment dans les antécédents des paralytiques chez lesquels la période d'incubation a été courte.

Ce facteur ne s'est pas montré d'une manière nette dans nos observations. A l'Asile, du reste, les renseignements que fournissent habituellement les familles sur leur tares mentales, ont aussi peu de valeur que ceux donnés par les malades eux-mêmes.

Pour Mr. le Dr. Milian « la P. G. relèverait d'une symbiose syphilitico-bacillaire, symbiose usuelle dans la pathologie et qui explique des anomalies cliniques et thérapeuti-

ques ». La rapidité d'évolution de la phase intercalaire est-elle sous la dépendance de l'hérédité tuberculeuse? (Obs. XI).

Faut-il voir également dans les modifications du terrain syphilitique au cours de plusieurs générations, comme le pense M. le Dr Leroy, une explication de l'apparition de la P. G. dans la descendance; comme de la rapidité de cette apparition? La syphilis, en évoluant chez l'individu, l'immunise contre les accidents périodiques passés; en évoluant dans la descendance, ne se manifesterait-elle pas surtout par ses accidents tardifs parasyphilitiques. Les médecins de famille, sont seuls en état d'apporter au problème les données nécessaires.

#### **Antécédents personnels.**

Nous n'avons pas retrouvé le surmenage intellectuel, ni la « cérébralité » comme facteur de l'accélération de l'incubation paralytique. Au contraire, tous les malades su-

soit à l'armée, soit au monde ouvrier. Dans un de nos cas même, le sujet est illettré. (Obs. I.)

Par contre on trouve signalés, les excès sexuels les excès alcooliques, ainsi que les intoxications professionnelles.

Mais il est habituel de rencontrer ces divers facteurs dans le passé des paralytiques ordinaires.

### C). — Étude de la paralysie générale à début rapproché de l'accident primitif.

#### 1. - Age

La P. G. est une maladie de l'âge mûr. La plupart des auteurs remarquent qu'elle débute actuellement beaucoup plus tôt qu'autrefois, quelques-uns même n'hésitent pas à conclure « à la sénilité précoce des individus, indices avant-coureurs de la sénilité de la race (?) ».

Ils donnent comme âge moyen :

Régis, 38 ans.

Vrain, 38 ans  $\frac{1}{2}$ .

Duclos, 39 ans, (âge moyen de l'internement).

Nous avons recherché, à la date de leur internement, l'âge des paralytiques actuellement à Villejuif, dans les services de MMrs. les Drs. Pactet et Lwoff, et calculé leur pourcentage, que nous donnons en regard de ceux publiés par Hansen et Heiberg.

|                | <i>Villejuif (hommes) 66 P. G.</i> | <i>Hansen et Heiberg</i> |
|----------------|------------------------------------|--------------------------|
| De 20 à 30 ans | 1,5 p. 100                         | 5,1 p. 100               |
| 30 à 35 —      | 24,2                               | 17,6                     |
| 35 à 40 —      | 22,7                               | 23                       |
| 40 à 45 —      | 25,7                               |                          |
| 45 à 50 —      | 22,7                               | 8,3                      |

Des résultats aussi différents, nous montrent combien peu il convient d'attacher d'importance à la valeur absolue des chiffres de ces statistiques, qui varie suivant les auteurs, les séries de malades observés et le nombre des cas.

Il nous suffit seulement de constater que c'est à partir de la 30<sup>e</sup> année, que les paralysies générales commencent à apparaître avec une grande fréquence.

Or, si nous considérons les malades que nous avons pu rassembler, chez lesquels la période intercalaire a été raccourcie, nous observons que sur 28 cas.

1 cas a débuté entre

- 12 et 20 ans, . . . . . soit : 3,5 p. 100 (P.G. juvénile)  
7— 20 et 30 ans, . . . » : 25 (P.G. précoces)  
13— 30 et 40 ans, . . » : 46,4  
7 au dessus de 40. » : 25

La majorité des cas apparaissent entre 30 et 40 ans ; mais le nombre des malades de 20 à 30 ans, augmente très notablement ; les P. G. juvéniles et précoces devenant beaucoup plus fréquentes.

Et l'on s'explique fort bien que la précocité d'apparition de la maladie dérive de la diminution de durée de la phase intercalaire ; tandis qu'au contraire rien ne permet de penser que ce soit la précocité de l'âge qui conditionne le raccourcissement de l'incubation.

## 2. - Sexe

36 cas { Hommes : 27 cas.  
Femmes : 8 cas.  
Pas de renseignements : 1 cas.

Dans un peu plus du 1/3 des cas la maladie a atteint les hommes ; ce qui correspond aux proportions habituelles dans la population ouvrière.

### 3. - Professions.

|        |                              |
|--------|------------------------------|
| 22 cas | Ouvriers, 9 cas.             |
|        | Militaires, 5 cas.           |
|        | Prostituées, 2 cas.          |
|        | Ménagères, 2 cas.            |
|        | Employés de commerce, 1 cas. |
|        | Comptables, 1 cas.           |
|        | Négociants, 1 cas.           |
|        | Ingénieurs, 1 cas.           |

Le peu d'importance de l'activité intellectuelle, contrairement à ce qu'on aurait pu croire, comme facteur d'apparition précoce de la maladie, mérite d'être signalé.

### 4. - Symptômes

a). — *Troubles psychiques.* — Dans l'étude de la symptomatologie mentale de la paralysie générale, il y a lieu de distinguer schématiquement :

Le fond organique modifié, expression probable d'altérations sympathiques, qui sont à l'origine des états expansifs ou dépressifs.

Un état démentiel immuable, permanent et progressif.

Des épisodes délirants, conceptions ambitieuses, hypochondriaques ou états maniaques, épisodes plus ou moins mobiles, absurdes et passagers, qui peuvent guérir malgré les progrès de la lésion.

Le raccourcissement de la période intercalaire ne nous a pas paru avoir donné à la symptomatologie mentale un ensemble de caractères particuliers.

Cependant, les formes dépressives ont été assez nombreuses.

b). — *Troubles physiques.* — Symptômes oculo-pupillaires. — 17 cas fournissent des renseignements à ce sujet. On trouve :

|                                             |             |
|---------------------------------------------|-------------|
| Inégalité pupillaire .....                  | 10 cas      |
| (1, 3, 4, 9, 11, 12, 16, 18, 21, 22) soit : | 58,8 p. 100 |
| Inertie pupillaire ou Argyll .....          | 7 cas       |
| (1, 3, 9, 11, 12, 18, 21) soit :            | 41,4 p. 100 |
| Déformation pupillaire .....                | 1 cas (19)  |
| Mydriase .....                              | 1 cas (7)   |
| Pas de troubles oculo-pupillaires .....     | 5 cas       |
| ..... soit :                                | 29,4 p. 100 |

D'après Pactet et Bonhomme, les troubles de la musculature se rencontrent dans une proportion variant de 40 à 90 p. 100 suivant les statistiques. C'est l'inégalité pupillaire qui est la plus fréquente et la plus précoce.

Les troubles rapportés dans nos cas confirment cette opinion ; l'inégalité pupillaire est signalée dans plus de la moitié des cas (58,8 p. 100) ; alors que l'inertie pupillaire ou le signe d'Argyll n'existent que chez 41,4 p. 100 des malades.

Quant à la proportion des troubles oculo-pupillaires observés : elle est de 70,6 p. 100.

*Troubles de la parole.* — Ces troubles sont d'une importance capitale, par leur précocité et leur fréquence et sont presque pathognomoniques de la paralysie générale.

Ils existent chez tous les malades dont les observations sont rapportées en détail.

*Tremblement.* — Symptôme fréquent.

*Réflexes rotuliens et achilléens.* — Toutes les fois qu'ils ont été rapportés, ils ont été trouvés exagérés.

En résumé, dans les formes à incubation rapide, les symptômes de la paralysie générale se sont montrés avec leur fréquence et leur groupement habituels, sans que cette rapidité d'incubation leur ait donné de caractère spécial.

Ces formes rentrent normalement dans le cadre symptomatique de la maladie.

### 5. - Les Réactions humorales

Le syndrome humoral, d'une importance considérable dans le diagnostic de la P. G., comprend : la réaction de B.-W., positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, — l'hyperalbuminose et la lymphocytose rachidiennes. Tout récemment Haguenau a proposé d'y ajouter la réaction à l'or colloïdal de Lange, — et Guillain, une réaction au benjoin colloïdal.

Le B.-W. du sang est, de ces éléments, le moins important. Il fait assez fréquemment défaut et peut être réduit par le traitement. Lorsqu'il existe, il indique seulement que le sujet est en puissance de syphilis.

Il n'en est pas de même de la réaction dans le liquide céphalo-rachidien. Elle est toujours positive et irréductible par le traitement. Cependant, il y a dans cette affirmation absolue, une pétition de principe si l'on considère comme non paralytique, tout individu à B.-W. négatif dans le liquide. D'autre part, Targowla a rapporté un cas de P. G. fixée, dans lequel le B.-W. du liquide céphalo-rachidien, après avoir été positif est devenu négatif.

Malgré tout, son absence en pratique doit faire rejeter le diagnostic de P. G.

Mais il ne permet pas de différencier les encéphalopathies

syphilitiques simulant la paralysie générale, encore que dans ce cas, l'action du traitement puisse se faire sentir.

Dujardin de Bruxelles, utilisant la méthode des dilutions, considère comme caractéristique de la P. G. un indice de perméabilité méningé  $i > 1/10$ . Ses conclusions ne sont pas acceptées par tous les auteurs.

L'hyperalbuminose à une grande valeur. Elle n'est certes pas spécifique de la paralysie générale, ni même de la syphilis nerveuse. Mais associée aux autres éléments du syndrome, elle confirme leur signification et, en fait, elle ne manque jamais. Si elle manque à une première ponction, elle apparaît par la suite; en tout cas, la simple réactivation syphilitique suffit à la faire reparaitre. (Targowla). C'est elle toutefois qui disparaît le plus facilement.

On ne s'attache guère en France, qu'à la recherche de l'albumine totale et son dosage au rachialbuminimètre de Sicard et Cantaloube permet d'avoir une échelle de comparaison, qui rend inutile, au point de vue pratique un dosage quantitatif parfait de l'albumine.

La méthode diaphanométrique à échelles stables (Bloch et Pomaret); présente le grand avantage de permettre une lecture instantanée et semble également plus sensible.

Le taux des albumines globales est rarement très élevé, sur 25 liquides examinés avec le tube de Sicard, nous l'avons trouvé :

|                   |               |
|-------------------|---------------|
| 1 fois = à 25 cg. |               |
| 8 »               | compris entre |
| 5 . . . . .       | 40 et 50 .... |
| 6 . . . . .       | 50 et 60 .... |
| 5 . . . . .       | 60 et 70 .... |

Nous ne l'avons pas vu dépasser 70 cg. par litre.

Il existe en outre, pour caractériser l'hyperalbuminose une réaction qualitative utilisable cliniquement : la réaction de Bovery au permanganate de potasse. Elle renseigne extemporanément et exige une faible quantité de liquide : 1 cmc.

Quant aux globulines, elles constituent la majeure partie de l'albumine normale du liquide céphalo-rachidien et peuvent varier notablement, tant en qualité qu'en quantité. Au cours des circonstances pathologiques. A côté des réactions de Kafka, de Nonne-Apelt au sulfate d'ammoniaque, — de Noguchi à l'acide butyrique ; Pandey, en 1912, a proposé une réaction à l'acide phénique (1), qui nous paraît mériter d'entrer dans la pratique courante, en raison de sa grande simplicité technique et de son extrême sensibilité. R. Targowla, vient tout récemment d'attirer sur elle, l'attention des médecins à la Soc. clin. de Méd. mentale. Elle est constamment positive dans la paralysie générale ; elle peut être négative en dehors de la syphilis du névraxe alors qu'il existe de l'hyperalbuminose. Elle présente donc un réel intérêt.

L'hypercytose rachidienne a dans la P. G. une formule pratiquement lymphocytaire. On la recherche à l'aide de la cellule de Nageotte ; mais il est bon de contrôler la formule par l'examen sur lame du culot de centrifugation. La lymphocytose, comme l'hyperalbuminose, ne prend toute sa valeur qu'associée aux autres éléments du syndrome. Elle est toutefois plus stable que cette dernière et, dans les processus fixés il peut persister une lymphocytose résiduelle, alors que

---

(1) On laisse tomber dans 1/2 cmc. d'une solut. saturée de phénol Igtte du liquide C. R. à étudier. Il se produit immédiatement une opalescence plus ou moins accusée quand la réaction est positive. (On peut utiliser la goutte de liquide qui est dans l'aiguille à ponction lombaire.)

l'albumine est revenue à un taux normal. Il n'existe aucun parallélisme entre l'albuminose et la lymphocytose. Chez 5 paralytiques ayant 35 cg. d'alb., nous avons trouvé respectivement : 5, 10, 15, 30 cellules ; chez 3 autres ayant 50 cg. d'alb., 5, 4 et 73 lymphocytes. Cette lymphocytose, souvent supérieure à celle que l'on observe dans le tabès, paraît être inférieure souvent à celle de la syphilis évolutive.

Quant à la réaction de Lange, à l'or colloïdal, malgré les perfectionnements techniques qu'y a apportés Haguenau, elle reste l'apanage des techniciens de laboratoire. Elle est en outre passible de certaines critiques de fond.

Avec la réaction de Guillain, G. Laroche et Léchelle, au benjoin colloïdal, la difficulté technique s'atténue considérablement. Cette réaction est basée sur la floculation des liq. C. R. syphilitiques et paralytiques en présence d'une suspension résineuse de benjoin. La teinture de tolu a, du reste, donné des résultats identiques à MM. Duhot et Crampon.

La réaction de Guillain, étudiée par ses auteurs, par Duhot et Crampon, R. Targowla, Pauzat, Huber, apparaît d'ores et déjà comme ayant une grande valeur.

Dans la P. G., elle prend un « type » particulier qui ne se retrouve que dans quelques cas de tabès évolutif très intenses, faciles à différencier cliniquement. Il semble bien qu'une réaction négative permette d'éliminer la P. G. ; une réaction positive confirme le diagnostic. Il existe cependant une réaction subpositive (type syphilitique) que nous avons notée dans les cas de P. G. fixée. La forme paralytique de la réaction paraît donc caractériser un processus en évolution. (Il en est très vraisemblablement de même pour la réaction de Lange).

Le grand intérêt de cette réaction est sa facilité d'exécution (réaction à 6 tubes) (1). Elle permet au clinicien de faire lui-même toutes les recherches utiles et elle est assez robuste pour être pratiquement indépendante de l'entraînement de l'exécutant. Et, si elle n'apparaît pas susceptible de supplanter la réaction de B. W., du moins on peut dire qu'une réaction positive ou subpositive (paralytique ou syphilitique) rend inutile pour la clinique journalière la recherche du Wassermann.

En résumé le syndrome humoral est ainsi constitué :

Dans le sang : B. W. +

(1) *Technique résumée de la réaction au benjoin colloïdal :*

Suspension de benjoin : Macération de 1 gr. de résine de benjoin dans 10<sup>cc</sup> d'alcool absolu pendant 48 h. — On laisse tomber 0<sup>cc</sup>,3 de cette macération décantée, dans 20<sup>cc</sup> d'eau distillée à 35°.

Technique : 1) Dans le 1<sup>er</sup> tube, on met 0<sup>cc</sup>,25 d'une sol. Na Cl. à 0,10 0/00

2<sup>e</sup> " " 0,50 " "

3<sup>e</sup> " " 1,50 " "

et dans les tubes suivants 1<sup>me</sup>

y compris le tube tension.

2) Au 1<sup>er</sup> tube, on ajoute 0,75 de L. C. R. et on mélange.

2<sup>e</sup> " " 0,50

3<sup>e</sup> " " 0,50

Le 3<sup>e</sup> tube étant ainsi complété à 2<sup>cc</sup>, on prélève 1<sup>cc</sup> du mélange que l'on porte dans le tube 4. Après brassage, on porte 1<sup>cc</sup> du nouveau mélange dans le tube 5. On mélange et on prélève 1<sup>cc</sup> que l'on rejette. (Dans la réaction complète on poursuit cette opération jusqu'au tube 15).

3) On ajoute 1<sup>cc</sup> de la suspension colloïdale : on laisse la réaction s'opérer à la température du laboratoire et on note le résultat au bout de 12 à 24 h.

Résultats : *Réaction positive* (type paralytique). La précipitation est complète dans les 5 tubes (liq. clair, résine sédimentée au fond des tubes). Dans le tube et la P. G. en rémission on peut n'observer la précipitation que dans les 3 ou 4 premiers tubes.

*Réaction subpositive* (type syphilitique). La précipitation est incomplète ou nulle dans les premiers tubes (au moins le 1<sup>er</sup>).

*Réaction négative*. — La précipitation est nulle dans les 5 tubes.

Dans le L. C. R. : B. W. +

Hyperalbuminose avec excès de globulines

Lymphocytose.

R. au benjoin ou à l'or colloïdal : +

Son absence *doit* faire éliminer le diagnostic de P. G.

Et la formule :

Hyperalbuminose.

Lymphocytose.

R. de Guillain : +

suffit pour *affirmer* le diagnostic. Elle peut être établie tout entière par le clinicien.

Dans les cas particuliers que nous avons observés, de P. G. à début rapproché de l'accident primaire, nous avons toujours trouvé le syndrome suivant au complet :

Sang : B. W.... +

Liq. C. R. : B. W.... +

R. de Pandy.... +

R. de Guillain.... + (type paralytique).

Albuminose L

Lymphocytose.

Il est cependant à remarquer que ces cas qui ont montré un syndrome humoral typique, ont également présenté une symptomatologie clinique nette, ne laissant aucun doute sur le diagnostic.

Il serait intéressant de pratiquer la réaction de Guillain chez des malades analogues à ceux que nous avons groupés dans la catég. III, et chez lesquels le diagnostic avec la syphilis cérébrale reste discutable. Tout nous porte à croire qu'elle même, pas plus du reste que la réaction de Lange, n'aurait permis d'élucider la question.

A la suite des idées émises par M. Ravaut, nous pensons que l'étude du liquide céphalo-rachidien, constitue une véritable biopsie qui renseigne, avant les signes cliniques, sur les diverses phases des lésions anatomiques évolutives du système méningo-vasculaire. « Il n'y a pas, dit-il, une formule fixe et définitive de telle ou telle manifestation de la syphilis nerveuse, mais seulement des aspects variés du liq. céphalo-rachidien, traduisant l'intensité de la méningo-vascularite qui produit ou accompagne ces accidents » ; et il donne l'ordre évolutif que l'on peut schématiser de la façon suivante, en tenant compte des réactions de Guillain et de Lange. (Cet ordre qui est schématique n'a bien entendu rien d'immuable.)

- Hypertension
- Lymphocytose légère  
..... accentuée
- Apparition de plasmazellen  
..... de polynucléaires
- Légère augmentation de l'albumine
- R. de Guillain (type syphilitique) ..... ou
- R. de Lange .....
- Apparition du Wassermann
- Albuminose nette
- R. de Guillain (type syphilitique) ..... ou
- R. de Lange .....

Ce processus évolutif peut progresser plus ou moins, se fixer ou régresser, et guérir ou laisser des traces indélébiles.

Le liquide céphalo-rachidien est donc le témoin des altérations dynamiques du système méningo-vasculaire, plus que de son état statique. Aussi sa biopsie ne peut-elle fournir

des renseignements réellement intéressants qu'à la condition de tenir compte du temps, et d'être répétée, dans la mesure toutefois des possibilités pratiques, en étant bien averti que chez certains sujets à liquide normal, il n'est pas aussi indifférent qu'on pourrait le croire, de recommencer trop souvent les ponctions.

Quant à ces renseignements, ils concernent avant tout le pronostic de la maladie ou la marche des lésions; qu'elles soient laissées à elles-mêmes ou soumises à l'influence du traitement.

Et l'on s'explique alors, que l'on en soit réduit, en partant des réactions humérales, à rechercher finalement un diagnostic anatomique dans une différenciation évolutive.

Dans la paralysie générale, les particularités évolutives des lésions, constituent en définitive le meilleur caractère différentiel de la maladie; or les modifications humérales du liquide céphalo-rachidien étant précisément les témoins précoces des altérations méningo-vasculaires les plus légères, on conçoit toute l'importance que présente l'étude de ces réactions dans la détermination précoce de la maladie.

Les lésions de la P. G. ont toujours un caractère malin, elles tendent à persister et à s'accroître, que le malade soit soumis ou non à l'influence d'un traitement.

En même temps les manifestations cliniques s'aggravent, par progression ininterrompue ou parfois par succession d'états stationnaires plus ou moins longs, mais chaque fois progressifs, sans que l'on ne constate jamais de période de régression véritable.

Et c'est en définitive *l'irréductibilité des réactions humérales dans le liquide céphalo-rachidien*, qui constitue le ca-

ractère fondamental de la maladie.

### 6. - Evolution

La plupart des auteurs donnent comme durée habituelle de l'évolution paralytique progressive, un intervalle de temps variant de 2 à 5 ans.

Pour les 36 cas rapportés ici :

25 ne fournissent aucun renseignement sur le temps d'évolution de la maladie.

Les 11 cas qui restent se répartissent ainsi : 6 cas (54,5 0/0) l'évolution a été rapide, de quelques mois à un an.

Obs. 10-21-27 (militaires).

Obs. 3-8 (prostituées). Dans l'obs. 4 : le gâtisme et une déchéance physique avancée sont survenus après un an, ce qui indique une évolution rapide.

4 cas (36,3 0/0) durée supérieure à 4 ans.

Obs. 23. — 4 ans au moins.

Obs. 1-20. — 5 ans au moins.

Obs. 12. — Mort après 7 ans d'internement.

1 cas en évolution depuis 2 ans. (Le malade est actuellement dans un quartier de travailleurs.)

Ces cas se répartissent assez nettement en 2 catégories. Dans un premier groupe de malades (54,5 p. 100) qui comprend des militaires de la guerre et des prostituées, la maladie rentre dans la variété de la P. G. à marche rapide.

Dans un autre groupe, au contraire, qui comprend au moins 36,3 p. 100 des malades, l'évolution a été particulièrement longue et la durée de la maladie se trouve à l'extrême limite habituelle.

Dans les cas à évolution rapide, il y a lieu de tenir compte

de l'influence de la guerre (1). Pour Ducloux, P. Kahn, Sarazin et Anna Lemoine, qui ont étudié la question, la guerre a en effet, singulièrement accéléré l'évolution de la P. G.

N'y a-t-il pas lieu de tenir compte également de cette même influence dans le raccourcissement de la période d'incubation ? Il est tout naturel d'en faire état, au moins pour ces cas particuliers et c'est l'opinion de P. Kahn, pour qui, « dans certains cas, la guerre a avancé la date d'apparition de la maladie par rapport à celle de l'infection syphilitique ».

Et par la guerre, il faut entendre non pas seulement les émotions journalières des tirs, les insomnies prolongées, les fatigues physiques et morales des retraites ; mais encore et surtout l'alcoolisme indispensable à tout soldat qui a besoin de réconfort et d'excitant passagers, les excès de toute sorte, les plaisirs les plus variés, intenses et brefs, des « repos », des permissions si courtes, des convalescences et des marches triomphales.

Quant aux cas qui rentrent dans la seconde catégorie, ils appartiennent à des formes prolongées et tout se passe comme si la longueur de leur évolution était sous la dépendance

(1) Depuis que ce travail est terminé, il est entré à l'Asile de Villejuif, en quinze jours, 3 paralytiques généraux (hommes) à incubation courte (2 à 6 ans, — 1 à 8 ans). Ne faut-il pas y voir une influence des syphilis de guerre et des traitements institués.

Par suite, de leurs conditions d'existence, propices à la contamination syphilitique, les militaires fournissent une grande proportion de paralytiques généraux. Or, les hommes valides du pays ont mené pour la plupart, pendant cinq années, la vie de soldat. La syphilis a augmenté de fréquence et il est très probable que nous assisterons de 1920 à 1930 (1914 : 12  $\frac{1}{2}$  à 1918 : 12  $\frac{1}{2}$ ) à une recrudescence de paralysies générales, dont nous voyons actuellement les formes précoces, qui nous paraissent nombreuses parce que nous ne pouvons les grouper dans leur ensemble logique.

de la précocité de leur début ; en d'autres termes, la maladie ne paraîtrait plus longue que parce qu'elle a débuté plus tôt ou mieux parce qu'elle a présenté des manifestations mentales précoces qui ont évolué vers la P. G. et que l'on rattache à elle. (Cas de malades internés 2 fois.)

### **7. - Diagnostic : Paralyse générale et syphilis cérébrale**

Parmi les observations que nous avons rassemblées, 14 cas (Gr. IV) sont donnés par leurs auteurs, sans détails suffisants pour en faire état, autrement qu'au point de vue numérique. Cependant tous ces malades, qui ont été considérés comme des paralytiques généraux par des médecins habitués à observer les maladies mentales ont présenté tout au moins le syndrome clinique habituel de la maladie.

Mais lorsqu'on analyse les autres observations un peu plus détaillées de paralysie à début rapproché du chancre syphilitique ; en présence de symptômes atypiques que l'on retrouve dans beaucoup de cas et étant donné aussi la précocité d'apparition de la maladie dans la syphilis, on arrive à se demander si ces paralysies prématurées ne sont pas plutôt des syphilis cérébrales.

En effet, dans presque la moitié des observations publiées en détail (G. III : 9 cas), le diagnostic peut être discuté avec la syphilis cérébrale et aurait pu différer suivant les auteurs.

L'autre moitié des cas, par contre (Gr. I et II), concerne des malades qui présentent, plus ou moins associés les symptômes cliniques, les réactions humorales ou les lésions nécropsiques de la paralysie générale progressive.

Aussi, ce qu'il importe surtout, c'est de savoir s'il est pos-

sible de différencier la paralysie générale de la syphilis cérébrale.

D'une façon toute schématique, la paralysie générale est définie par un ensemble de lésions anatomiques qui donne lieu à un syndrome clinique et humoral caractéristique.

Les lésions anatomiques sont du « type parasyphilitique » : syphilis parenchymateuse avec méningo-vascularite secondaire et méningite chronique. (Sicard.) Sans doute, le processus de démyélinisation et d'atrophie des tubes nerveux se localise primitivement et surtout dans les portions externes de l'écorce, néanmoins la diffusion des lésions qui frappent la substance nerveuse dans ses fibres et ses cellules ; la névroglie et les vaisseaux ; de même que la généralisation de ces mêmes lésions constitue un des caractères fondamentaux de la méningo-encéphalite chronique.

A ces modifications pathologiques correspond une symptomatologie clinique nette avec :

a). — Un syndrome mental de démence globale et progressive.

b.) — Des signes somatiques constitués par :

Des troubles pupillaires plus ou moins associés ;

Des troubles de la parole et de l'écriture ;

Du tremblement de la langue, des lèvres et des doigts.

c). — Des phénomènes congestifs, irritatifs ou paralytiques.

d). — Une évolution progressive vers le gâtisme et la mort.

A cela vient s'ajouter un syndrome humoral typique :

Dans le sang : B. W. : positif.

Dans le liquide céphalo-rachidien :

Wassermann : positif.

Perméabilité méningée :  $1 > 1/10$ .

R. de Pandy : franch. positif.

Albuminose.

Lymphocytose.

R. de Lange : type paralytique.

R. de Guillain : type paralytique.

Chacune de ces réactions présentant des caractères *d'immuabilité* qui ne se rencontrent que dans la paralysie générale.

D'autre part, la syphilis nerveuse artérielle primitive avec méningite concomitante et lésions parenchymateuses secondaires, constitue le type classique de neuro-syphilis (Sicard), dans ses formes d'artérite ou de méningo-vascularite de la base ou de la convexité.

La maladie, qui débute dans les premières années de la syphilis, se manifeste : soit par des symptômes d'hémorragie ou de ramollissement localisés ; soit par des symptômes de méningite basilaire ou corticale ; variables avec le traitement et évoluant par poussées en 15 à 20 ans.

Les réactions humérales n'ont pas la fixité définitive que l'on rencontre dans la paralysie générale (avec une perméabilité méningée ( $1 < 1/10$  ?)).

Et rien ne paraît aussi facile que de différencier ce type de neuro-syphilis d'avec la paralysie générale à évolution progressive, à symptomatologie globale et à réactions humérales massives et fixes.

Cependant si l'on rencontre, dans la pratique, des malades aussi schématiques, dont le diagnostic est indiscutable ; on

trouve aussi des cas intermédiaires que la symptomatologie rapproche tantôt de la neuro-syphilis, tantôt de la parasymphilis ; si bien qu'on est en droit de se demander si cette difficulté de différenciation clinique ne résulte pas d'une impossibilité de délimitation anatomique et humorale. « Il n'est pas d'affection cérébrale chronique, dit Régis, qui à un moment donné ne puisse simuler plus ou moins exactement une P. G. ; s'il n'en était pas ainsi, aurait-on inventé les pseudo-P. G.. »

Que dire alors des pseudo-P. G. syphilitiques ?

S'il existe des lésions anatomo-pathologiques pures de P. G., comme des lésions pures de syphilis cérébrale, elles s'associent par graduation tellement insensibles qu'il est impossible de leur fixer des limites, sans en donner les définitions factices.

« Aucune des altérations de la P. G. n'est spécifique et ne présente une systématisation suffisante pour permettre un diagnostic histopathologique » ; de même qu'on rencontre dans certains cas de syphilis cérébrale « des altérations banales, diffuses, inflammatoires et dégénératives plus ou moins généralisées, bien qu'inégalement réparties, dont l'étude appartient à la P. G. vers laquelle elles réalisent des formes de passage ont l'autonomie et la séparation d'avec celle-ci restent en discussion. » (Pactet et Bonhomme.)

De même pour les réactions humorales, qui ne sont autre chose que l'expression d'altérations biopsiques : on trouve sans doute, d'une part, des réactions nettes « type paralytique », et d'autre part, des réactions « type syphilitique » ; mais on rencontre également toute une série de réactions intermédiaires desquelles on ne peut rien conclure.

Et, lorsque dans une discussion à la Société de Neurologie (juillet 1920) M. Dujardin, de Bruxelles, remarque que les critères biologiques (y compris Lange) n'ont pas donné satisfaction pour résoudre les difficultés du diagnostic de la P. G. et de syphilis cérébrale, nous n'en sommes nullement surpris. Par contre, l'auteur apporte pour trancher la question l'étude de la perméabilité méningée et la détermination de l'indice de perméabilité et donne comme formule :

$$I > 1/10 = \text{P. G.}$$

$$I < 1/10 = \text{Syphilis cérébrale.}$$

Même en admettant les idées de M. Dujardin sur la perméabilité méningée et la valeur de son index, nous ne voyons pas en quoi les cas limites sont différenciés, si ce n'est par définition.

Reste la constatation des modifications symptomatiques et humérales sous l'influence du traitement spécifique, constatation qui constitue en définitive un procédé de différenciation pratique quoique discutable.

L'évolution de la maladie est, elle-même, capable d'apporter de son côté des notions utiles à un diagnostic rétrospectif, sans pour cela donner du problème une solution définitive.

En fin de compte, « il n'y a pas plus de différence, dit M. Roussy, au point de vue étiologique que pathogénique entre les lésions de syphilis nerveuse et celles de parasyphilis. Tout est régi par la notion de temps ».

A ce propos, il est utile de différencier les cas de passage de séries paralytiques, des cas évolutifs chez un même individu : il est très rare de voir la syphilis cérébrale évoluer vers la paralysie générale et Pilcz dans sa statistique n'en signale

que 2 cas sur 116 syphilis cérébrales.

Que le temps soit un facteur indispensable, rien ne paraît plus juste. Mais s'il était le seul en jeu, on ne s'expliquerait pas que les syphilis cérébrales qui évoluent souvent pendant de longues années, chez un même sujet puissent rester pures de lésions syphilitiques, pas plus qu'on ne s'expliquerait les variations si étendues dans le temps de la période d'incubation de la paralysie générale. En d'autres termes, le temps n'influence pas pareillement les lésions cérébrales paralytiques : un ou plusieurs autres facteurs sont nécessaires et c'est justement ces « inconnues » que l'on exprime, lorsque l'on parle de « parasyphilis » ; comme c'est encore elles que cherche à définir M. Leroy dans ses hypothèses.

Entre la syphilis cérébrale et la syphilisation cérébrale, existe toute une série graduelle de cas qui relient ces deux affections et en rendent la délimitation impossible, aussi bien au point de vue symptomatique qu'anatomique et humoral.

Ces cas intermédiaires, par l'imprécision de leur diagnostic comme par l'association de symptômes et de lésions communes aux deux affections, constituent un groupe clinique (bien que mal différencié) que l'on peut appeler du nom de « syphilis cérébrale mixte », terme imprécis comme ce qu'il désigne, qui peut prêter à discussion, mais qui est commode pour la compréhension de nos malades.

C'est dans ce groupe, que nous faisons rentrer la plupart de nos cas dont le diagnostic est discutable avec la syphilis cérébrale.

Quant à la P. G. progressive, c'est déjà une maladie qui finit, lorsque son diagnostic est possible.

Si la plupart des malades débutent dans la « parasyphilis

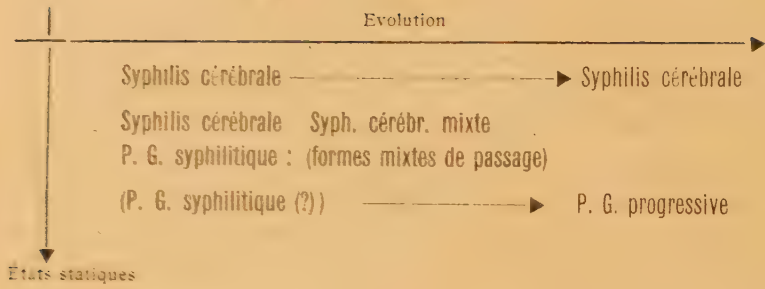
cérébrale » après une période latente assez longue ; quelques-uns d'entre eux arrivent à la P. G. après une phase, relativement précoce, de troubles physiques et somatiques, constituant, pour ainsi dire, une « pré-paralyse générale syphilitique », précédant la « P. G. parasyphilitique » proprement dite. C'est précisément la présence de cette phase qui explique le raccourcissement de la période intercalaire, comme la longueur d'évolution de la maladie dans son ensemble. (Ex. : obs. I. — Troubles mentaux, 3 ans après le chancre, ayant nécessité un premier internement.)

Il serait très intéressant de pratiquer les réactions colloïdales à cette période de la maladie. Nous n'avons trouvé aucun cas nous permettant de le faire.

Une autre partie des cas rassemblés, se rapportent à des malades observés à cette période précoce, spécialement ceux qui présentent des manifestations cérébrales généralement vers la 3<sup>e</sup> année de leur syphilis, internés plusieurs fois, avec une P. G. à longue évolution.

Les cas restants, rentrent naturellement dans la P. G. progressive à début rapproché, et ce sont ceux pour lesquels la période d'incubation se rapproche du plus court intervalle, généralement admis. (5 à 6 ans.)

En résumé, l'étude complète des altérations cérébrales d'origine syphilitique, ne peut être entreprise, sans envisager les processus évolutifs des lésions à côté de leur état statique ; et le tableau schématique suivant, est pour nous, à la base de la compréhension et de la répartition de nos cas.



## CONCLUSIONS

Les paralysies générales à début rapproché de l'accident primitif, comprennent :

1°) — des cas atypiques, qui sont des formes mixtes, intermédiaires entre la syphilis cérébrale et la P. G.

Ce sont précisément des cas analogues, que l'on peut indifféremment faire rentrer dans la P. G. ou la syphilis cérébrale, qui relient ces deux affections et en rendent toute délimitation impossible ou factice, soit par leurs lésions anatomiques, soit par leurs réactions humorales ou leurs manifestations cliniques.

2°) — des malades, qui présentent généralement à la fin de la 2<sup>e</sup> année, et surtout dans le cours de la 3<sup>e</sup> année de leur syphilis, des troubles psychiques et somatiques pré-paralytiques, nécessitant leur internement avec le diagnostic de paralysie générale et évoluant, en effet, vers la P. G. progressive typique.

3°) — enfin des malades, que la symptomatologie, les réactions du liquide céphalo-rachidien, et les constatations nécropsiques lorsqu'elles existent, classent nettement dans la P. G. progressive. Ce sont ceux chez lesquels la durée de la période intercalaire se rapproche de la plus courte durée, généralement admise (5 à 6 ans).

Ces paralysies générales prématurées ne constituent donc pas un groupe homogène.

D'autre part, ce sont des cas rares, qui rentrent dans les proportions normales des statistiques anciennes importantes et qui ne paraissent nullement avoir augmenté de fréquence dans ces vingt dernières années.

Et cette rareté des cas, comme leur hétérogénéité explique bien que nous n'ayons pu trouver à ces formes un ensemble de caractères spéciaux.

Ce sont des cas particuliers des manifestations cérébrales syphilitiques, intéressants surtout dans leur analyse.

Pas plus dans les antécédents des malades que dans leur syphilis, nous n'avons pu déterminer de facteur qui paraisse conditionner le raccourcissement de la période intercalaire.

Mais une foule de petites causes accidentelles et indépendantes, entrent probablement en ligne de compte dans les phénomènes d'incubation, et les perturbations de ces phénomènes sont sous la dépendance d'influences diverses, que la grande multiplicité des cas peut seule faire apparaître.



Vu : le Doyen,  
H. ROGER

Vu : le Président,  
CHAUFFARD

Vu et permis d'imprimer :  
le Recteur de l'Académie de Paris,  
APPELL

## BIBLIOGRAPHIE

---

### Observations

---

Des indications bibliographiques plus complètes sont données avec les observations correspondantes.

ANGLADE. — *Th. de Paris*, nov. 1891, n° 17.

ARNAUD et LAIGNEL-LAVASTINE. — *Encéphale*, 1913, t. II, p. 50.

CAPGRAS et RAYNAUD. — *Group. chir. de la 5<sup>e</sup> Région*, 1918.

CESBRON. — *Ann. des mal. vénér.*, 1910, t. V, n° 12.

DUFOUR et BRELET. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, nov. 1904.

EHLERS. — *Bull. de la Soc. de Dermat. et de Syph.*, 9 janv. 1908.

KAHN P. — *J. de Méd. et de Chir. prat.*, 1919, p. 201.

MARCHAND et PETIT. — *Enc.*, 1910, p. 88.

MARIE et BAUSSARD. — *La Clinique*, 25 févr. 1910.

MONGÉRI. — *Cent. für Nerv. und Psych.*, n° 208, 1<sup>er</sup> mars 1906.

MOREL LAVALLÉE et BELLIERES. — *Syphilis et P. G.*, 1889, obs. 33.

NOWICKI. — *Th. de Paris*, 1913-1914, n° 228.

PASSENAUD. — *Th. de Paris*, 1909-1910.

PLANCHU. — *Lyon Médical*, 5 juin 1898, p. 195.

RAYMOND. — *Arch. Gén. de Méd.*, août 1905, t. XI, p. 2135 et suiv.

RENAUDIN. — *Ann. Méd. — Psych.*, 1863.

RÉGIS. — *Encéphale*, 1883, p. 443.

ROGUES DE FURSAC. — *Manuel de Psychiatrie*, 1917, 5<sup>e</sup> Éd., p. 326. (Paris).

SARAZIN. — *Th. de Paris*, 1920, p. 19.

- SÉGLAS. — *Normandie Méd.*, 1<sup>er</sup> mars 1907, n° 4.  
SÉRIGNY. R. — *Ann. Méd.-Psych.*, 1900.  
THABUIS et BARBÉ. — *Rev. Neur.*, 30 nov. 1912, t. II, n° 22,  
p. 538.  
TRUELLE et BROUSSEAU. — *Bull. de la Soc. Clin. de Méd.  
Ment.*, 1920, n° 7.

### Publications et Ouvrages consultés

- ACHARD. — *Meningite aiguë, Syph. précoce B. et M. de la  
Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 1912, 3<sup>e</sup> série, XXXIV, p. 559.  
BÉNON. — *La P. G. et la guerre*. — *Presse Méd.*, n° 7, 22 janv.  
1921, p. 101-102.  
BENSAUDE et RIVET. — *Syph. et Saturnisme*. *Arch. gén. de  
Méd.*, 1904, p. 2766.  
CHANSON. — *Th. de Paris*, 1893, t. V, n° 128.  
CHAUFFARD. — *Bull. Méd.*, 11 sept. 1919.  
CHRISTIAN. — *Ann. Méd.-Psych.*, juin 1879.  
CLERAMBAULT (p<sup>re</sup>). — *Rapport sur un travail de Mattau-  
schek et Pilez*. — *Ann. Méd.-Psych.*, 26 févr. 1912.  
CORNIL. — *Académie de Méd.*, 29 mars 1905.  
— *Arch. de Méd.*, 1905, t. I, p. 882.  
DELMAS. — *Soc. Méd.-Psych.*, 25 févr. 1918, p. 415, t. I, et  
29 avril 1918, t. II, p. 93.  
DORLEANS. — *Coeexistence d'accidents syph. tertiaires avec ta-  
bès et P. G.* — *Th. de Paris*, 1906.  
DUCLOS. — *La P. G. et la guerre*. — *Bull. de la Soc. de Méd.  
Ment.*, 1917.  
DUJARDIN. — *La Perméabilité méningée*, disc. p. 667, in *Rev.  
Neur.*, 1920, n° 7.  
DUHOT et CRAMPON. — *Soc. de Biol.*, 13 nov. 1920.  
— *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 4 mars 1921.  
DUHOT et TARGOWLA. — *Écho Méd. du Nord*, 11 déc. 1920.  
EHRlich. — *Congress de Berlin*, oct. 1910.

- ESCANDE. — *Gazette des Hôp.*, 1903, p. 184.
- FLEURY (M. DE). — *Manuel pour l'étude des Mal. du Sys. Nerv.*
- Fontecilla et Sepulveda. — *Le liq. céph. Rach.*, Paris, 1921.
- FOURNIER. — *Les affections para-syph.* (Paris).
- P. G. et Syphilis. — *Arch. de Méd.*, 1905, t. I, p. 627.
- Époque d'apparition de la P. G. *Acad. de Méd.*, 28 févr. 1905.
- GILBERT BALLET et BRISSAUD. — *Congrès de Limoges*. 1901.
- GILBERT BALLET et ROGUES DE FURSAC. — Art. P. G. in: *Traité de Méd.*, Charcot Bouchard, t. X, 2<sup>e</sup> éd., 1904, p. 732. (Paris).
- GAUCHER. — *Syph. maligne cutanée associée à des troubles nerv. pseudo-paralyt.*, 1912.
- *Gazette des Hôpit.*, 19 mai 1903.
- GUDDEN. — *Arch. für Psych. und Nerven-Krank.*, 1894, p. 434.
- GUILLAIN, GUY LAROCHE et LÉCHELLE. — *Soc. de Biologie*, 17 juillet 1920.
- *Soc. de Biol.*, 31 juillet 1920.
- *Soc. de Biol.*, 4 déc. 1920.
- *Soc. Méd. des Hôp.*, 5 nov. 1920.
- HAGUENAU. — Le syndrome humoral de la P. G. *Th. de Paris*, 1920.
- HANSEN et HEIBERG. — A quel âge s'acquiert le plus souvent la syphilis? — A quel âge éclate le plus souvent la P. G.? *Rev. Neur.*, 1900, p. 497.
- HUBER. — *Soc. de Biol.*, 12 mars 1921.
- JEANSELME et BLOCH. — Réunion Neur. *Rev. Neur.*, juillet 1920.
- KAFKA. — *Taschenbuch der Pract. Untersuchungs Methoden*, (Berlin, 1917.)
- KLIPPEL. — *Congrès de Neurologie*. Bruxelles, 1903.
- KRAFFT-EBING. — *Traité de Psych.*, 1897.
- LADAME CH. — Quelques considérations sur la syphilis céré-

- brale diffuse. — *Encéph.*, 1907, t. II, p. 373.
- LAROCHE G. — *Le liquide céph. rach. des Syph.* (Leçon inédite à la clinique de M. le Prof. Chauffard.) 1921.
- LEMOINE ANNA. — Rapidité anormale d'évolution de la P. G. chez les combattants. — *Th. de Paris*, 1919, n° 126.
- LEROY. — *Soc. Méd.-Psych.*, 31 janv. 1921, p. 149.
- LEVY BING, GERBAY et HAAG. — *Ann. des mal. vénér.*, 1918.
- Recherches sur la durée d'incubation de la syphilis. — *Ann. des mal. vénér.*, juin 1919.
- MARCUS H. — *Mémoire de Stockholm*, 1903.
- MAGMAN et SÉRIEUX. — *La Paralyse générale*. (Paris).
- MAILLARD et LE MAUX. — *Rev. Neur.*, 1912, t. I, p. 139.
- MARIE et LEVADITI. — *Arch. de Neur.*, janvier 1921.
- MENDEL. — *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, mai 1893.
- Syph. und Dement. paralyt. (*Berliner Klinische Woch.*, 1879, p. 537.)
- MICKLE. — *On General Paralysis of the insane*.
- LACTET et BONHOMME. — Paralyse Générale, in: *Psych.*, t. II. *Traité de path. Méd. et de Thér. appl.*, 1921, Paris.)
- PANDY. — *Neur. Central Blatt.* (1910).
- PAUZAT. — *Soc. de Biol.*, 1<sup>er</sup> mars 1921.
- PEYRE. — *Presse Méd.*, 19 janv. 1921.
- QUEYRAT. — Coexistence de la P. G. avec des syphilides cutanées. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, janv. 1907.
- RAVAUT. — Les Indications clin. et thér. fournies par la ponct. lomb. au cours de la syphilis acquise et héréd. — *Le Monde Méd.*, 5 oct. 1911, n° 428, p. 865.
- *Soc. de Neur.*, 1920. (Disc.)
- RAYMOND et SÉRIEUX. — Art. P. G. *Traité de Méd.* (Brouardel et Gilbert), t. IX.
- REGNIER. — Rapport de la syph. et de la P. G. *Congrès annuel de Méd. Ment.*, Rouen, 1890, p. 23-35.

- RÉGIS. — *Congrès de Rouen*, 1890.  
— *Congrès de Limoges*, 1901.  
— *Précis de Psych.*, 5<sup>e</sup> édit., 1914. (Paris.)
- RIVAILLON. — Coexistence d'accidents syphilit. avec Tabès  
et P. G. *Th. de Paris*, 1909-1910, n° 45.
- ROUBINOWITCH. — *Soc. de Psych.*, 16 déc. 1909.
- ROUSSY. — Réunion neur. in : *Rev. Neur.*, 1920.
- SÉRIEUX et FARNARIER. — *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*,  
27 oct. 1899.  
— *Rev. de Méd.*, 1900, p. 97.
- SICARD. — La syphilis nerveuse et son trait. (Soc. Neur., juill.  
1920, in : *Rev. Neur.*, n° 7, p. 615 et suiv.)  
— et REILLY. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 5 déc. 1913.  
— et ROGER. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 15 fév. 1918.  
— *Presse Méd.*, 9 sept. 1918.
- SPILMANN et PERRIN. — Lésions syphil. en évolut. au cours  
des affections para-syph. *Province Méd.*, 1906, n° 35.
- TARGOWLA. R. — *Soc. clin. de Méd. Ment.*, 21 mars 1921.
- TRENEL et LIBERT. — Éruptions syph. secondaires et  
tertiaires chez deux P. G. *Bull. de la Soc. clin. de Méd.*
- VINCENT (CLOVIS). — *Th. de Paris*, 1910.
- VRAIN. — Contribution à l'étude de la P. G. précoce. — *Th. de  
Paris*, 1886-1887, n° 121, t. XVIII.
- VURPAS. — L'étiologie de la P. G. d'après les discussions de  
l'Académie de Médecine et les nouvelles recherches sur la  
syphilis expérimentale. *Rev. de Psych.*, 1905, n° 8, p. 320.
-



## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction .....                                                                                                   | 7  |
| I <sup>re</sup> Partie : Observations.                                                                               |    |
| I. — P. G. prématurées typiques.                                                                                     |    |
| a) Obs. personnelles .....                                                                                           | 11 |
| b) Analyse bibliographique des ob-<br>servations publiées .....                                                      | 15 |
| Remarques .....                                                                                                      | 20 |
| II. — P. G. à courte incubation probable...                                                                          | 23 |
| Remarques .....                                                                                                      | 28 |
| III. — P. G. prématurées, dont le diagnostic<br>peut être discuté avec la syphilis<br>cérébrale .....                | 28 |
| Remarques .....                                                                                                      | 33 |
| IV. — P. G. prématurées incomplètement<br>rapportées .....                                                           | 36 |
| II <sup>e</sup> Partie :                                                                                             |    |
| A) La syphilis du paralytique.                                                                                       |    |
| I. — La période intercalaire.                                                                                        |    |
| a) La détermination de l'incubation<br>paralytique. ....                                                             | 39 |
| b) Les variations de l'incubation pa-<br>ralytique .....                                                             | 41 |
| II. — Les accidents syphilitique de la pério-<br>de intercalaire .....                                               | 47 |
| III. — Les accidents syphilitiques au cours des<br>formes précoces de la P. G.....                                   | 47 |
| IV. — Influence du traitement de la syphilis<br>pré-paralytique, sur la précocité<br>d'apparition de la maladie..... | 49 |

|                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------|----|
| B) Les causes adjuvantes ;                                    |    |
| Antécédents héréditaires.....                                 | 51 |
| —          personnels .....                                   | 52 |
| C) Etude de la P. G. à début rapproché de l'accident initial. |    |
| 1) Age .....                                                  | 53 |
| 2) Sexe .....                                                 | 54 |
| 3) Profession .....                                           | 55 |
| 4) Symptômes.                                                 |    |
| a) Troubles psychiques.....                                   | 55 |
| b) —          physiques .....                                 | 56 |
| 5) Les réactions humorales.....                               | 57 |
| 6) Evolution .....                                            | 65 |
| 7) Diagnostic : P. G. et syphilis cérébrale.....              | 67 |
| Conclusions .....                                             | 75 |
| Bibliographie .....                                           | 77 |

---



